

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

#### **Adolescência e Compromisso do Processo de Desenvolvimento: intervenções de enfermagem com recurso a técnicas expressivas**

**Sónia Maria da Silva Antunes**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Adolescência e Compromisso do Processo de  
Desenvolvimento: intervenções de enfermagem com  
recurso a técnicas expressivas**


**Sónia Maria da Silva Antunes**

Orientador: Professor Doutor Luís de Oliveira Nabais

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract graphic element.

*“A arte é a mentira que nos permite aceder à verdade.”*

*Pablo Picasso*

Percorrer este caminho só foi possível graças...

...aos meus amigos sempre presentes, pacientes e motivadores.

...aos meus pais e irmãos; Carina, Gabriel, Liliana e Miguel que fazem sempre os dias mais alegres, pela compreensão das ausências e constante motivação.

...ao professor orientador e aos enfermeiros dos serviços em que fiz o estágio,  
pela disponibilidade e generosa partilha.

...a todos os que contribuíram para que chegasse à meta.

*Bem Hajam!*

## **SIGLAS**

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

HBSC – Health Behaviour in School - Aged Children

HD – Hospital de Dia

IMV – Ingestão Medicamentosa Voluntária

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM 2007-2016 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

SPA – Substâncias Psicoativas

SPAT – Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia

THC – Tetrahydrocannabinol

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

## RESUMO

Este relatório apresenta o percurso desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, visando o desenvolvimento de competências específicas nesta mesma área de especialidade. A intervenção teve o seu foco na adolescência, fase de transição de criança a adulto. Uma das transições mais significativas do desenvolvimento humano e que se pode constituir como momento de vulnerabilidade, sensível ao cuidado de enfermagem que se centra na pessoa tendo por base a relação terapêutica. Neste sentido a utilização de mediadores expressivos apresenta-se como importante instrumento na intervenção com adolescentes. Deste percurso fez parte a realização de estágio curricular que decorreu em hospital de dia para adolescentes em sofrimento mental e em internamento de pedopsiquiatria e cujos objetivos se prenderam com a realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico com o adolescente, a aquisição de competências de orientação de grupos e a utilização de técnicas expressivas na prestação de cuidados. Assim, participámos e realizámos diversas intervenções terapêuticas com grupos de adolescentes, recorrendo a mediadores expressivos. Os grupos constituíram-se como espaço de partilha de emoções, sentimentos, e pensamentos, promovendo o desenvolvimento psíquico dos participantes, potenciando a autonomia, individualidade, socialização e aquisição de novas competências. Este percurso possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais à prática de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, como sendo o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência de *si* que o enfermeiro deve ter na relação terapêutica. Possibilitou o desenvolvimento de competências na intervenção com jovens com problemas de saúde mental e na intervenção com o grupo terapêutico. Permitiu ainda desenvolver o entendimento das potencialidades terapêuticas da utilização de técnicas expressivas na intervenção no âmbito da enfermagem de saúde mental.

Palavras-chave: adolescência, enfermagem de saúde mental, grupo terapêutico, técnicas expressivas.

## **ABSTRACT**

This report presents the developed course during the Master's degree in nursing in the Area of Specialization in Mental Health and Psychiatry Nursing, aiming at the development of specific competences in this same area of specialty. The intervention focused on adolescence, the transition phase from child to adult. One of the most significant transitions in human development, which may constitute as a moment of vulnerability, sensitive to nursing care that focuses in the person based therapeutic relationship. The use of expressive mediators presents itself as an important instrument in the intervention with adolescents. This course included the accomplishment of a curricular internship that took place in a day hospital for adolescents suffering from mental illness and an internment service for children and adolescents, whose objectives were related to the performance of psychotherapeutic interventions with adolescents, the acquisition of group orientation skills and the use of expressive techniques in the provision of nursing care. We participated and performed several therapeutic interventions with a group of adolescents, using expressive mediators. These groups constituted as a space for sharing emotions, feelings and thoughts, promoting the psychic development of the participants, enhancing autonomy, individuality, socialization and acquisition of new skills. This path allowed the development of essential skills to the practice of mental health and psychiatry nursing, as the development of self-knowledge and self-awareness that the nurse should have in the therapeutic relationship. It enabled the development of skills in the intervention with young people with mental health problems and in the intervention with the therapeutic group. It also allowed us to develop an understanding of the therapeutic potentialities of the use of expressive techniques in mental health nursing intervention.

Keywords: adolescence, mental health nursing, therapeutic group, expressive techniques.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. A ADOLESCÊNCIA .....	12
1.1. De criança a adulto, um caminho conturbado? .....	14
1.2. A saúde mental dos adolescentes portugueses .....	16
2. TRANSIÇÃO: UM CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM .....	18
3. TERAPIA DE GRUPO.....	21
4. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA E MEDIADORES EXPRESSIVOS .....	24
5. METODOLOGIA DE TRABALHO .....	27
5.1. Objetivos .....	28
5.2. Contexto .....	28
5.3. Participantes.....	29
5.4. Atividades desenvolvidas e instrumentos utilizados .....	29
6. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	31
6.1. Intervenção em grupo terapêutico.....	31
6.1.1. Atividade de Culinária.....	31
6.1.2. Atividade Expressiva: Mímica.....	33
6.1.3. Atividade Expressiva: Desenho .....	34
6.1.4. Sessão de Relaxamento .....	40
6.2. Intervenção individual .....	41
6.3. Estudo de caso .....	43
6.4. Jornal de aprendizagem .....	46
6.5. Reflexões Escritas .....	48
7. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....	50



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

## ANEXOS

Anexo 1 - Ciclo Reflexivo de Gibbs

## APÊNDICES

### Apêndice 1

Atividade de Culinária - "Areias"

### Apêndice 2

Atividade Expressiva: Mímica

### Apêndice 3

Atividade Expressiva: Desenho - Autorretrato

### Apêndice 4

Atividade Expressiva: Desenho - Os meus Dragões

### Apêndice 5

Atividade Expressiva: Desenho - O meu Brasão

### Apêndice 6

Atividade de Relaxamento

### Apêndice 7

Estudo de Caso

### Apêndice 8

Jornal de Aprendizagem

### Apêndice 9

Reflexões Escritas

## INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, objetivando o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP), em articulação com as competências estabelecidas para o grau de Mestre em Enfermagem.

A intervenção do enfermeiro especialista compreende diferentes contextos dependendo dos objetivos da sua intervenção, a população alvo a que se destinam e a problemática a que se dirigem. Conforme descrito no documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que define o regulamento das competências específicas do EESMP, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010b, p.1).

Ao longo do nosso percurso profissional temos trabalhado essencialmente na área dos comportamentos aditivos e dependências. Contactando principalmente com indivíduos adultos com problemática de dependência de substâncias psicoativas (SPA). No entanto, observa-se uma problemática crescente no que se refere a consumos de substâncias pela população adolescente, que se traduz numa maior procura dos serviços. Os adolescentes em acompanhamento neste local apresentam consumos ativos de uma qualquer substância e outras problemáticas e vulnerabilidades como famílias disfuncionais, absentismo ou abandono escolar e, frequentemente, comportamentos de risco e comportamentos delinquentes. Beneficiam de acompanhamento psicológico e eventualmente acompanhamento de técnico de serviço social. Quando há necessidade de consulta de pedopsiquiatria procede-se à articulação com o centro hospitalar da área geográfica em questão. No que se refere à intervenção de enfermagem, esta acontece em breves contatos e de forma esporádica.

É desta observação do dia-a-dia e do interesse pessoal pelo estudo desta fase do desenvolvimento humano que surgem as questões: o que nós, enfermeiros, poderemos fazer para ajudar os adolescentes que se encontram nesta situação? Que tipo de intervenções realizar? Que abordagens terapêuticas?

Deste modo, surge o interesse e a necessidade de desenvolvimento de competências na intervenção clínica especializada com a população adolescente. Assim, no âmbito deste trabalho consideramos a pessoa a quem o EESMP presta cuidados, o adolescente com compromisso do processo de desenvolvimento.

Da pesquisa realizada verificámos que a adolescência é um tema amplamente estudado, no entanto, no que se refere à intervenção de enfermagem com esta população a informação e documentos produzidos são em número reduzido.

Verifica-se também que no nosso país existem poucas respostas, prestadas pelos serviços de saúde, para a problemática em estudo. Em Portugal é urgente que sejam desenvolvidos serviços e programas que possibilitem respostas de qualidade às necessidades de cuidados de saúde da infância e adolescência identificados (Plano Nacional de Saúde Mental 2007 [PNSM 2007-2016], 2008).

É competência do EESMP assistir “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental” (OE, 2010b, p.3). Na sua intervenção as abordagens terapêuticas não farmacológicas assumem particular importância, pois “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010b, p. 3).

De acordo com o anteriormente exposto foram definidos os objetivos para a realização do estágio que aqui se relata: desenvolver competências de avaliação e diagnóstico da situação de saúde do adolescente; identificar comportamentos de risco e de proteção para a saúde no adolescente; realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico com o adolescente; adquirir competências de orientação e de dinamização de grupos com adolescentes; adquirir competências de utilização de técnicas expressivas na prestação de cuidados.

O estágio decorreu num hospital de dia para adolescentes em sofrimento mental e num serviço de internamento de pedopsiquiatria. No decorrer deste planeou-se e desenvolveu-se um corpo de intervenções com recurso a técnicas expressivas, em grupo terapêutico. Estas técnicas promovem que o participante expresse o seu “eu” recorrendo a todos os meios possíveis e utilizando todos os sentidos. Promove o autoconhecimento, a busca de novas respostas sobre si, sobre o mundo e sobre o outro (Ferraz, 2009). O interesse pelo desenvolvimento de competências no recurso às técnicas expressivas surge do interesse pessoal e profissional por este tipo de intervenção e também por, após a realização de alguma pesquisa, se ter verificado a pertinência da sua utilização na intervenção com a população em estudo.

O presente relatório inicia com um enquadramento teórico no qual se aborda o conceito de adolescência na sua globalidade e a adolescência como período conturbado para alguns indivíduos. Considerando a adolescência como uma fase de transição de criança a adulto, segue-se enquadrando a problemática segundo teoria das transições de *Afaf Ibrahim Meleis*, um importante contributo para o entendimento da importância do enfermeiro na promoção de autonomia e do bem-estar da pessoa aquando da ocorrência de determinadas transições no seu ciclo de vida. São, ainda abordados os conceitos de terapia de grupo e de intervenção terapêutica com recurso a mediadores expressivos.

Os últimos capítulos deste relatório são dedicados ao trabalho desenvolvido ao longo do referido estágio, abordando as intervenções desenvolvidas e as experiências vividas. Pretende-se que seja uma reflexão do vivido ao longo deste percurso académico, profissional e, também, pessoal.

## 1. A ADOLESCÊNCIA

O termo adolescência deriva do latim *adolescere* que significa crescer e atingir a maturidade (Machado, 2015, p. 14). É, segundo Gleitman, Fridlund, & Reisberg (2003), considerado um estágio do desenvolvimento humano, um período de transição em que a criança se torna adulto. Este é um período marcado por mudanças biológicas, sociais e psicológicas.

Difícil de determinar cronologicamente, quando começa e quando tem o seu término. McKinney, Fitzgerald & Strommen (1986) consideram o seu início por volta dos 13 anos de idade e o seu término no início da idade adulta, aos 19 anos. Fleming (2010) delimita-a entre os 12 e os 19 anos. Medeiros (2015) aceita a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define como início da adolescência aos 10 anos e o seu fim aos 19 anos (World Health Organization [WHO], 2003).

Como se pode verificar nos parágrafos anteriores os diversos autores não são unânimes no que diz respeito à idade de início e de término do período da adolescência. No entanto, os mesmos indicam como tendo o seu começo no momento em que se iniciam as transformações biológicas e anátomo-fisiológicas próprias do período pubertário. Quanto ao seu término, os vários autores concordam que não há um acontecimento físico, ou psicológico que a delimite, mas sim a entrada na idade adulta. Aqui reside uma grande dificuldade de definição do que é a entrada na idade adulta. Que acontecimento se deverá considerar como ponto delimitador deste processo de desenvolvimento? A autonomização financeira? A saída da casa dos pais? A literatura é unânime em considerar que fatores socioculturais contribuem para esta transição de adolescente a adulto.

Em Portugal, segundo a legislação vigente, considera-se que atinge a maioridade o indivíduo que completa 18 anos de idade. No entanto sabemos que, cada vez mais, na nossa sociedade o ganho de autonomia financeira e saída da casa dos pais, considerada por muitos como marco social indicador da entrada na idade adulta, se dá cada vez mais tarde, passando frequentemente a barreira dos 25

anos. Isto contribui para uma maior dificuldade em delimitar qual o momento em que se considera que a adolescência terminou e o indivíduo entrou na idade adulta.

Para o objetivo deste trabalho é importante considerar uma faixa etária, a qual se pretende estudar, bem como uma definição do que se entende por adolescência. Assim, considerar-se-á a definição da OMS, na qual considera que a adolescência se situa no período entre os 10 e os 19 anos de idade, considerando-o um período de transição de crucial importância na vida do ser humano. (WHO, 2003).

A adolescência tende a ser entendida como um período turbulento. McKinney et al (1986) recorda-nos que Friedenberg (1959) sugere que é a partir do conflito com os pais e outras figuras de autoridade que o adolescente desenvolve a sua identidade. Fleming (2010) destaca o processo de separação-individuação, que sendo essencial à autonomização do adolescente pode, em alguns casos, ser gerador de conflito.

Contudo, outros autores afirmam que nem sempre tem de ser assim. E também McKinney et al (1986, p. 21) enuncia Bandura (1964) que afirmava que a ideia de a adolescência ser “necessariamente um período tempestuoso é um mito”. É referido pelos diversos autores que esta fase do desenvolvimento humano é marcada por muitas alterações físicas, psicológicas e sociais. Estas mudanças podem ser vividas com maior ou menor turbulência.

O comportamento e processo de construção identitário é influenciado por uma multiplicidade de fatores, como contexto sociocultural e histórico, influências sociais, as crenças e representações da sociedade em que o adolescente cresce, a família e a escola (Medeiros, 2015).

Assim poder-se-á afirmar que esta pode ser uma fase de crise para alguns adolescentes, enquanto que para outros, logra ser uma fase relativamente calma em que, apesar das pequenas crises que as mudanças próprias desta fase de desenvolvimento trazem, é vivenciada pelo adolescente de forma mais harmoniosa. Braconnier & Marcelli (2000, p.59) distinguem três tipos de processo de adolescência, sendo eles o *crescimento contínuo*, o *crescimento por ondas* e o *crescimento tumultuoso*. Agrupando os adolescentes nestes três tipos de crescimento, consideram pertencer ao grupo do *crescimento contínuo* os

adolescentes que estão satisfeitos consigo mesmos, que não têm conflitos exagerados com as pessoas que os rodeiam, que não apresentam ansiedade, nem períodos de depressão. No grupo do *crescimento por ondas* incluem-se os adolescentes que estão mais propensos para a depressão e perda de amor-próprio. Neste grupo os mecanismos de defesa tornam-se mais rígidos e os conflitos e contradições são mais relevantes. Inclui-se no grupo do *crescimento tumultuoso* os adolescentes em que a depressão e ansiedade são mais significativas. São dominados pela falta de autoestima e pela falta de estima pelos outros. Ainda que sendo mais dependentes dos pais, os adolescentes deste grupo têm muitos problemas familiares, maioritariamente conflituais. Apresentam ainda muitos problemas comportamentais.

Fica, assim patente a existência de diferentes formas de viver a adolescência, tornando-se presente a necessidade de maior entendimento e compreensão dos adolescentes para quem esta fase do desenvolvimento ocorre de forma conturbada e que, por isso, carecem de uma atenção particular.

### **1.1. De criança a adulto, um caminho conturbado?**

Para alguns indivíduos o período da adolescência pode representar uma fase de crise, uma fase conturbada que pode ter como fundamento diversos fatores. No início dá-se a transformação pubertária, com várias transformações no seu corpo, um crescimento acelerado, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a transição de criança a adulto. Tempo de construção da identidade, da personalidade e da autonomização.

Como referido anteriormente, este processo pode ser vivido de várias formas. Braconnier & Marcelli (2000) falam-nos de três tipos de processo de adolescência, sendo eles o *crescimento contínuo*, o *crescimento por ondas* e o *crescimento tumultuoso*. É neste último que nos iremos centrar. Segundo afirmam os mesmos autores, neste grupo a ansiedade e depressão têm maior expressão, quando comparados com os outros dois grupos. Referem que existem dois riscos psicopatológicos principais da adolescência, que são a depressão e a dependência (aos pais) e as procuras de substituição.

Na literatura a adolescência é identificada como sendo uma fase marcada pela dualidade entre o ser dependente - e de alguma forma o desejar continuar a ser - e o desejo de independência face à figura parental. Como afirma Fleming (2010), o adolescente deseja vir a tornar-se um ser independente. Esta busca de si, enquanto ser independente, traz sentimentos como medo e ansiedade e em simultâneo a necessidade de os atenuar.

O adolescente busca formas de atenuar os seus sentimentos de ansiedade, medo, depressão, que se podem traduzir em comportamentos desajustados das convenções sociais e, eventualmente, comportamentos que acarretam risco para a sua saúde física e mental. Podem surgir comportamentos de isolamento, comportamentos agressivos, a procura de refúgio no grupo de pares, comportamentos sexuais de risco, alterações no padrão alimentar, alterações no padrão de sono ou consumo de substâncias.

Na literatura, frequentemente, surge a relação entre comportamento de risco e adolescência, sugerindo que nesta fase do desenvolvimento a experimentação dos limites faz parte do processo de aquisições maturativas. A experimentação ocorre num espectro entre a normalidade e o patológico. Neste sentido os comportamentos de risco como o consumo de substâncias, podem perturbar a normalidade e/ou agravar significativamente a patologia (Nabais, 2014).

Também Fleming (2010), Matos (2012) e Braconnier & Marcelli (2000) fazendo referência a comportamentos de risco na adolescência, dão atenção ao consumo de substâncias psicoativas nesta fase de desenvolvimento.

Segundo o relatório elaborado pelo European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) (2011), Portugal encontra-se na média europeia no que se refere a prevalências de consumos a nível nacional na população de idade de 15 a 16 anos. A nível nacional, de acordo com o relatório do estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), refere que 6,3% dos inquiridos (alunos do 8º e 10º anos) havia já experimentado algum tipo de droga, sendo que aponta igualmente para a predominância do consumo de cannabis (Aventura Social & Saúde, 2015).

O consumo de cannabis é preocupante, pois para além do crescimento do número de consumidores apontado pelos diversos relatórios, quando este consumo



acontece de forma prolongada no tempo pode originar alterações da coordenação motora e comprometimento mental relativamente à memória e à capacidade de planeamento intelectual (Silva & Deus, 2005). O consumo de SPA está associado a problemas na saúde física e na saúde mental, aumenta o risco de ocorrência de vários acidentes, bem como do envolvimento em outros comportamentos de risco, como sendo a condução perigosa, os comportamentos sexuais de risco ou comportamentos delinquentes (Silva & Deus, 2005; Nabais, 2014).

Estes autores alertam-nos para que, estando o adolescente em fase de desenvolvimento, este tipo de comportamentos assume maior preocupação pois os efeitos produzidos poderão tornar-se irreversíveis.

Há então, a necessidade de que seja dada atenção particular a este grupo de adolescentes, para os quais este é um período conturbado, resultando frequentemente na necessidade de intervenção de profissionais de saúde.

## **1.2. A saúde mental dos adolescentes portugueses**

No que se refere à saúde física e mental dos adolescentes portugueses, o relatório HBSC 2014 afirma que houve um decréscimo global relativamente a 2010. Isto “sugere que a saúde mental dos adolescentes é um assunto subestimado e a carecer de atenção urgente” (Aventura Social & Saúde, 2015, p. 204).

Relativamente à saúde mental na infância e adolescência, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), desperta-nos para números preocupantes ao afirmar que se estima que 10 a 20% das crianças possuam uma ou mais afeções de saúde mental (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2009).

Em Portugal existem apenas três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, em Lisboa, Coimbra e Porto. Lisboa e Porto são já possuidoras de unidades de internamento há largos anos (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2015). No que se refere a Coimbra, apenas recentemente houve lugar à criação de uma unidade de internamento de pedopsiquiatria.

No restante país as unidades existentes são de cariz ambulatorio (consulta externa e hospital de dia) e em caso de necessidade de internamento, será realizado

encaminhamento às unidades de referência (Coimbra, Lisboa e Porto), segundo a distribuição geográfica existente. Na região do Algarve não existe qualquer deste tipo de respostas, sendo que as necessidades são supridas através de protocolo com o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (ERS, 2015).

É unânime que as respostas existentes no país relativamente à saúde mental da infância e adolescência são ainda em número reduzido, face às necessidades identificadas (PNSM 2007 - 2016, 2008; HBSC 2014, 2015; ERS, 2015).

Matos (2012) afirma que resultando esta fase do desenvolvimento, muitas vezes em comportamentos desajustados, leva à necessidade de intervenção de profissionais de saúde. O mesmo autor segue afirmando que há na nossa sociedade um “volume crescente de jovens em crise de identificação (...), que procuram directa ou indirectamente solução para o conflito que os mina e destrói” (Matos, 2012, p. 37). Há então a necessidade de dar respostas que ajudem estes adolescentes para os quais este se revela ser um período conturbado.

Na equipa de saúde o enfermeiro especialista pode e deve ter um papel ativo na intervenção junto dos adolescentes com vulnerabilidade acrescida, sendo esta uma das suas competências específicas. Considerando o que foi exposto anteriormente fica evidente a necessidade de desenvolver estratégias e programas de intervenção com os indivíduos desta faixa etária nos quais, considerando as suas competências específicas, o EESMP poderá ter um papel ativo, participativo, organizador e interventivo.

## 2. TRANSIÇÃO: UM CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM

A transição é um conceito que ganha grande importância para a disciplina de enfermagem, que se tem centrado em assistir o indivíduo e a comunidade durante as transições que sucedem ao longo do seu ciclo de vida. Este, é um desafio para os enfermeiros que assistem a pessoa quer antes, quer durante, quer depois de a mudança acontecer (Meleis, 2010).

Foi percebendo a importância das transições a que o indivíduo está sujeito ao longo do seu ciclo de vida e às implicações e resultados deste processo que *Afaf Ibrahim Meleis* desenvolveu a sua teoria: *Transitions Theory*.

Meleis (2010) considera *transição* como a passagem de uma fase de vida, de um estado ou condição para uma outra fase, um outro estado ou uma outra condição. Esta passagem de um estado para outro implica um processo que tem um início, um decorrer e um fim. Este processo é desencadeado por uma mudança no estado de saúde, nas expectativas ou habilidades, ou nos papéis relacionais. É um processo que se realiza no tempo, envolve a vivência de emoções e implica desenvolvimento de novas relações, novos papéis e novas competências.

A autora identifica quatro tipos de transições: 1) *transição desenvolvimental*, que diz respeito aos processos de maturação ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa. A adolescência é exemplo deste tipo de transição; 2) *transição situacional*, que se refere a acontecimentos, esperados ou não, e que levam a pessoa a se confrontar com a necessidade de se adaptar a uma nova situação. Este tipo de transição exige ao indivíduo a definição e o assumir de novos papéis; 3) *transição de saúde-doença*, que está associada a uma mudança no desempenho de papéis que resulta de uma alteração do estado de saúde da pessoa, isto é, uma alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica; 4) *transição organizacional*, que está relacionada com o contexto social, político, económico em que a pessoa se encontra e também com mudanças da organização que poderão ser de ordem estrutural ou na dinâmica da mesma.

A forma como as transições decorrem dependem da sua natureza, das condições em que ocorrem, quer sejam inibidoras, quer facilitadoras e dos padrões de resposta ao processo de transição (Meleis, 2010).

O conceito de transição toma lugar central em enfermagem pela atenção que os enfermeiros prestam à pessoa neste processo, preocupando-se em atuar antes, durante ou após o mesmo. Segundo Meleis (2010), a pessoa que experiencia o processo de transição tende a ficar mais vulnerável às ameaças, o que afeta a sua saúde e bem-estar. Os enfermeiros preocupam-se em facilitar o processo de transição, contribuindo para a manutenção ou melhoria dos níveis de saúde da pessoa, família ou comunidade.

A autora sugere três tipos de intervenção de enfermagem. A primeira assenta na *avaliação da aptidão do indivíduo*. Isto exige que haja uma avaliação de cada uma das condições da transição, de forma a identificar os padrões da experiência de transição para a pessoa que se avalia.

A segunda intervenção refere-se à *preparação do indivíduo para a transição*. Isto ocorre antes do processo de transição ter o seu início e pretende ser facilitador de todo o processo.

A terceira medida terapêutica consiste na *suplementação de papel*. Esta intervenção mostra-se necessária quando o novo papel não é percebido ou atingido pelo indivíduo, quando há uma insuficiência no desempenho do papel. Esta insuficiência no desempenho do papel pode ser percebida pelo próprio ou pelos que lhe são significativos. É necessária a clarificação do papel e o efetivo desempenho do mesmo, isto é, que o indivíduo adquira compreensão do que é o novo papel e que adquira, também, competências que permitam o seu desempenho. A suplementação de papel pode ser uma intervenção tanto preventiva como terapêutica, dependendo do momento em que acontece (Meleis, 2010).

A adolescência é considerada uma fase importante de transição no desenvolvimento humano. A transição de criança a adulto. Considerando os ensinamentos de Meleis (2010), o adolescente encontra-se numa *transição desenvolvimental*. Fase de múltiplas transformações de ordem física e psicológica,

da construção da identidade, entre muitos outros desafios. É uma fase de aquisição de novos papéis e aprendizagem de desempenho destes.

Durante este processo ocorre a transição de um corpo de criança para um corpo adulto. Também ocorre a transição de criança a adulto, isto é, o adolescente deixa de ter o papel de criança e no final desta fase do desenvolvimento (processo de transição) é esperado que passe a assumir o papel de adulto.

Assim, importa que o enfermeiro reconheça a adolescência como processo de transição. Isto implica que o enfermeiro caracterize a sua natureza, as condições que a facilitam, as condições que a dificultam, bem como os padrões de resposta de cada um dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento.

Com este entendimento poderá desenvolver a sua intervenção com o objetivo de facilitar esta transição e contribuir para a melhoria dos níveis de saúde dos adolescentes para os quais esta fase assume especial complexidade.

### 3. TERAPIA DE GRUPO

O ser humano é por natureza um ser social, ou seja um ser de grupos. Vive, primeiramente, inserido no grupo *família*, mais tarde haverá de se inserir em diversos outros grupos como a turma da escola, o grupo de amigos, o grupo do futebol, o grupo da igreja, o grupo de trabalho. Ao longo da sua vida haverá de experienciar vários grupos, em diferentes momentos.

Para o adolescente estar em grupo é algo natural. Relaciona-se com o seu grupo de pares. Esta interação no grupo funciona como um espaço de transição entre o *ser criança* e o *ser adulto*, favorecendo-a. Do mesmo modo as terapias de grupo pretendem ser um meio favorecedor da operação de mudança no indivíduo.

As terapias de grupo iniciaram-se com Joseph Pratt que em 1905 criou um método a que chamou de “classes coletivas” nas quais após uma aula prévia ministrada por Pratt, havia lugar à colocação de perguntas e à discussão livre entre os participantes (doentes com tuberculose) e o médico. Estas classes eram compostas por 15 a 20 elementos para que possibilitasse um maior contato com os doentes. Este mostrou-se ser um método que acelerava a recuperação dos doentes (Zimerman, 1997). Pratt é por isso comumente considerado o “pai da terapia de grupo” (Bloch, 1999, p. 102)

Mais tarde, Kurt Lewin teve um importante papel no desenvolvimento das terapias de grupo com os seus estudos acerca das minorias. Lewin defendia que todos os indivíduos fazem parte do contexto. O grupo social influencia e modela o indivíduo e, do mesmo modo é por ele influenciado (Zimerman, 1997). O grupo assume um papel importante no desenvolvimento humano, quer seja em contexto terapêutico, quer se trate da sua vida diária.

Neste capítulo interessa abordarmos o grupo terapêutico e de que forma o EESMP o poderá utilizar como recurso na intervenção terapêutica.

Townsend (2011, p. 168) suportando-se em Sampson & Marthas (1990), fala-nos das diferentes funções que o grupo pode assumir: 1) a *função de Socialização*, quando transmite aos seus indivíduos, normas culturais e sociais; 2) a *função de Apoio*, quando o grupo se disponibiliza em momentos de maior fragilidade. Os

indivíduos desenvolvem sentimento de segurança no envolvimento com o grupo; 3) a *função de Realização de tarefas*, quando os membros do grupo oferecem auxílio em tarefas que estão além da capacidade de um só indivíduo ou quando os resultados podem ser obtidos de forma mais eficaz se realizadas em equipa; 4) a *função de Camaradagem*, quando o grupo oferece a alegria e prazer procurados pelo indivíduo em interações com pessoas que lhe são significativas; 5) a *função de Informação*, quando a aprendizagem acontece no seio do grupo. Os indivíduos adquirem conhecimento quando aprendem como outros no grupo solucionam situações idênticas àsquelas com que se deparam no momento; 6) a *função Normativa*, que se refere à forma como o grupo aplica as normas estabelecidas; 7) a *função de Empowerment*, os grupos ajudam a melhorar as condições existentes dando apoio aos indivíduos que procuram mudanças. Os grupos têm um poder que indivíduos por si só não têm; 8) a *função de Governance*, que se refere por exemplo a regras elaboradas por comissões dentro de uma determinada organização.

Todas estas funções são importantes ser tidas em conta na intervenção em grupo terapêutico. Neste contexto o grupo assume um papel fundamental, na medida em que este tipo de intervenção é considerada como sendo um espaço terapêutico de *partilha, aprendizagem, coesão e de suporte social*.

A intervenção terapêutica em grupo serve-se de fatores terapêuticos específicos que deverão ser considerados na compreensão de como o grupo ajuda o indivíduo na mudança. Importa, assim, saber reconhecer os onze fatores terapêuticos enumerados por Vinogradov & Yalom (1992) que os consideram necessários ao processo terapêutico em grupo e que funcionam como instrumentos fomentadores de mudança. Estes fatores são: 1) instilação de esperança; 2) universalidade; 3) informação; 4) altruísmo; 5) recapitulação corretiva do grupo familiar primário; 6) modelagem; 7) desenvolvimento de competências sociais; 8) coesão; 9) aprendizagem interpessoal; 10) fatores existenciais e 11) catarse.

Bloch (1999) refere-se à coesão como uma condição fundamental para que a terapia de grupo seja eficaz. Guerra, Lima & Torres (2014, p.48) lembram-nos a ideia de Yalom (1995) que considerava a coesão “fundamental para se alcançarem resultados produtivos no grupo e um pré-requisito para a emergência de outros processos terapêuticos.”

Os autores são unânimes em considerar que esta é a base para que todos os outros fatores terapêuticos tenham lugar, porquanto que quando um grupo é coeso os seus elementos vivenciam sentimentos de segurança e de pertença apoiando-se, assim, mutuamente. É essencial que haja confiança, empatia, afeto, aceitação, sentimento de pertença na relação dos membros do grupo, e do mesmo modo na relação com o terapeuta. Estes aspetos favorecem o desenvolvimento do vínculo terapêutico. O indivíduo sente-se seguro no contato próximo com os pares e com o terapeuta, o que lhe permite correr riscos sem que se sinta julgado. Este correr riscos, isto é, a expressão de ideias e sentimentos é essencial tanto à aprendizagem interpessoal como ao desenvolvimento de competências sociais (Yalom, 2005).

O desenvolvimento de competências sociais, isto é, a capacidade de o indivíduo se relacionar direta, honesta e intimamente com outras pessoas é, segundo Yalom (2005), um fator terapêutico que opera em todas as terapias de grupo. Decorrendo quer da interação entre os indivíduos do grupo, quer da interação dos indivíduos do grupo com o terapeuta.

Resultante da oportunidade de experienciar diferentes situações, realizar mudanças no comportamento social, clarear dificuldades e encontrar alternativas para as enfrentar, a aprendizagem interpessoal ocorre, segundo Yalom (2005), através de processos de transferência e da experiência emocional corretiva. Um fator terapêutico enunciado pelo autor como sendo complexo e que resulta apenas do trabalho específico do terapeuta.

No trabalho com o grupo terapêutico, todos estes fatores terapêuticos cooperam para a eficácia da intervenção. O terapeuta deverá saber identificá-los e, tanto quanto possível, estimular o seu aparecimento e desenvolvimento.



#### **4. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA E MEDIADORES EXPRESSIVOS**

A arte tem, desde os primórdios da existência humana, um papel importante na sociedade. A arte é o que faz de nós seres humanos e nos distingue do mundo animal. O campo cultural está numa área intermediária entre a realidade psíquica e a realidade externa (Anizan, 2004). A terapia pela arte é um processo que se socorre de técnicas de expressão e criação artística com fins terapêuticos. Estas técnicas vêm, cada vez mais frequentemente, a ser utilizadas na intervenção não farmacológica com pessoas com transtorno da saúde mental. Ainda que não sendo arte-terapeutas, apoiamo-nos nos ensinamentos desta disciplina para desenvolver a nossa intervenção.

Expressar-se, é para o ser humano, uma necessidade. Mesmo antes de aprender a linguagem verbal, o bebé encontra formas de se expressar, de se fazer compreender, como sendo pelo choro ou pelo riso. Esta é uma necessidade presente ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano, podendo ser suprida de múltiplas formas, pela linguagem não-verbal, pela linguagem verbal, pela escrita, música, pintura, desenho, escultura e até pela dança.

A expressão é entendida como “*a formulação da sensação*” (Stern, 1974, p. 20). Uma experiência, que não acontecendo de forma racional, permite tornar visíveis emoções, sensações, pensamentos que por vezes há dificuldade em falar ou que não são verbalizados. A expressão é um ato de catarse (Sousa, 2005).

A terapia pela arte utiliza a expressão através de mediadores artísticos, também designados como mediadores expressivos, com fins terapêuticos. Entende-se por mediador expressivo “toda a ação, atividade, instrumento ou consigna proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p. 19). São exemplos de mediadores expressivos a expressão plástica, a expressão corporal, a expressão vocal, a expressão dramática, a música, a escrita, a utilização de técnicas projetivas como por exemplo: imagens, fotografias, slides. Um mediador nunca se esgota em si mesmo, pois é dotado de uma grande plasticidade e está em contínua transformação (Ferraz, 2009; Sousa, 2005).

Os mediadores expressivos são agrupados por Ferraz (2009) em quatro tipos: lúdico; ritualístico; artístico e sensorial. Dentro de cada tipo de mediador podem ser encontradas uma série de atividades que podem ser desenvolvidas. Não devendo ser utilizados de forma exclusiva, pois eles não se anulam. Podem sim complementar-se e contribuir no seu conjunto para que exista um trabalho global com a pessoa e para que sejam explorados todos os seus sentidos e todas as formas de expressão.

Estas atividades permitem ao indivíduo a catarse (expressão); a mobilização de pensamentos, ideias, comportamentos, pulsões, emoções e sentimentos. Ajuda o indivíduo a expressar e tomar consciência de *si* e dos seus sentimentos. Na terapia pela arte não é a obra que interessa. Não interessa o que o indivíduo faz nem como o faz. Interessa unicamente que se expresse. Neste contexto o terapeuta deverá estar atento à *expressão em si* e não ao seu produto (Sousa, 2005).

Neste processo de *expressão de si*, há lugar à criatividade. Defendida como essencial a uma vida saudável e equilibrada, a criatividade permite encontrar soluções para os problemas que se apresentam ao indivíduo, possibilitando assim uma adaptação à realidade de forma construtiva. Perceber o mundo externo de forma criativa é considerado por Winnicott (1975) essencial a uma vida saudável. O autor considera o impulso criativo como algo que é naturalmente necessário ao indivíduo quando este realiza alguma coisa, quer seja ao artista quando produz uma obra de arte, quer seja ao indivíduo quando realiza uma atividade da sua vida.

Encarada não como apenas útil ou desejável, a criatividade é entendida como essencial para a saúde mental. Do mesmo modo a criatividade é essencial ao processo terapêutico pela arte. Para Rogers (2009, p. 399) não existe “uma diferença entre o processo criador” relacionado às artes e às invenções e aos “processos que desenvolvam a personalidade de um indivíduo, como a psicoterapia”.

A terapia pela arte é um processo terapêutico para o desenvolvimento pessoal, que incorpora no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos. A relação terapêutica é fundada na interação entre o sujeito (criador), o objeto de arte (criação) e o terapeuta (recetor). A comunicação, o ensaio de relações objetais e reorganização dos objetos internos, a expressão emocional significativa, o

aprofundar do conhecimento interno, são facilitados. Há uma libertação da capacidade de pensar e da criatividade (Carvalho, 2013a).

A arte é palavra. A arte diz o que a pessoa não consegue dizer porque está em sofrimento (Parvy, 2004). Os símbolos e as ações criativas levam aos indivíduos a possibilidade de conhecer, compreender, refazer, restaurar, recordar, reparar, e suplantar (Philippini, 1995). Facilita a expressão emocional e a elaboração psíquica de sentimentos difíceis de verbalizar; estimula a imaginação, o raciocínio e a criatividade; estimula o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a melhoria da qualidade de vida; facilita a comunicação e relacionamento consigo mesmo e com os outros; facilita a expressão verbal; tem um papel de reabilitação, de conhecimento e de desenvolvimento pessoal resultando num aumento da confiança e da autoestima; estimula a autonomia e transformação interna. Possibilita o treino de competências e de aptidões sociais (Ferraz, 2009; Carvalho, 2013b).

Cabe ao terapeuta trazer à realidade os instrumentos necessários para possibilitar este processo. O seu papel é o de proporcionar um impulso criativo ao indivíduo, levando-o pelos caminhos possíveis. Deve ter uma postura acolhedora, acompanha sem julgar, não abandona (Philippini, 1995; Ferraz, 2009).

Munido destes ensinamentos, o EESMP poderá socorrer-se de mediadores expressivos para a implementação da intervenção de enfermagem com pessoas das diferentes faixas etárias, que estejam em sofrimento mental, obtendo resultados positivos. Isto é demonstrado por Takata (2002) nos seus estudos de caso sobre a intervenção de enfermagem com adolescentes com compromisso do desenvolvimento com recurso a este tipo de técnica.

Assim o enfermeiro especialista deverá desenvolver competências na utilização de técnicas expressivas na prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria (SMP), sendo este um dos objetivos no estágio que aqui é relatado.

## **5. METODOLOGIA DE TRABALHO**

Desde o início deste percurso foi evidente a necessidade de proceder a uma revisão da literatura que desse resposta a algumas das nossas questões iniciais e se traduzisse num corpo de conhecimento que apoiasse a nossa intervenção.

Da pesquisa efetuada em bases de dados, repositórios universitários, teses e relatórios institucionais, foi possível verificar que a adolescência é um tema amplamente abordado na área da saúde.

Relativamente à intervenção do enfermeiro com a população adolescente a informação encontrada é sobretudo referente a dados internacionais. No nosso país, nos últimos anos tem-se, aparentemente, investido um pouco mais nesta área de conhecimento, ainda assim não foi possível encontrar documentos produzidos em número expressivo, que possam conferir um corpo de conhecimentos.

No que se refere à utilização de técnicas expressivas na intervenção com adolescentes, torna-se ainda mais difícil encontrar informação pertinente, sendo esta muito escassa. Ainda assim é possível encontrar referência a trabalho desenvolvido, a nível internacional, no que diz respeito à intervenção com adolescentes com compromisso da saúde mental, com recurso a técnicas expressivas. Nestes trabalhos são demonstrados os resultados positivos obtidos com este tipo de intervenção.

Em Portugal, esta é uma área que só recentemente teve maior atenção por parte dos profissionais de saúde. A informação relativa à intervenção de profissionais de saúde com recurso a técnicas expressivas é reduzida.

Quando se pesquisou informação relativa à utilização de técnicas expressivas com adolescentes em Portugal, foram encontrados muito poucos trabalhos desenvolvidos nesta área, tratando-se essencialmente de trabalhos nas áreas da educação, psicologia e também da enfermagem.

### **5.1. Objetivos**

No sentido de dar resposta ao exposto anteriormente, foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de avaliação e diagnóstico da situação de saúde do adolescente;
- Identificar comportamentos de risco e de proteção para a saúde no adolescente;
- Realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico com o adolescente;
- Adquirir competências de orientação e de dinamização de grupos com adolescentes;
- Adquirir competências de utilização de técnicas expressivas na prestação de cuidados.

### **5.2. Contexto**

Deste percurso de desenvolvimento profissional fez parte a realização de um estágio em instituições de saúde cuja intervenção está no âmbito da problemática e população em estudo e que permitisse alcançar os objetivos acima definidos. Este estágio teria de permitir, igualmente o desenvolvimento das competências específicas do EESMP e deveria ser dividido em dois momentos, um em unidade de saúde na comunidade, e um outro na área hospitalar, em unidade de internamento.

A primeira fase de estágio decorreu no âmbito da comunidade, tendo sido desenvolvido em Hospital de Dia (HD) para adolescentes em sofrimento mental e teve a duração de 12 semanas. Esta é uma unidade especializada que presta cuidados a adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade, que se encontrem em situação de grande sofrimento mental. Conta com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros especialistas, pedopsiquiatras, psicólogo, técnico de serviço social, terapeuta ocupacional e psicomotricista; tem como objetivos a intervenção em situações de risco, a promoção da integração sociofamiliar em articulação com as estruturas comunitárias existentes.

A segunda fase do estágio decorreu em unidade de internamento de pedopsiquiatria do referido Centro Hospitalar e teve a duração de 6 semanas. Esta unidade tem como missão o acolhimento, a avaliação e intervenção terapêutica nos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, até aos 17 anos de idade, que se encontrem em situações de crise e cuja gravidade pode colocar em risco a sua vida ou de quem o rodeia; tem uma lotação máxima de 16 utentes. A intervenção desenvolvida neste local está direcionada para programas terapêuticos de curta duração, sendo definido um projeto terapêutico pela equipa multidisciplinar personalizado, que é negociado com o utente e sua família e é reavaliado diariamente em reunião clínica. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, enfermeiros especialistas em SMP, pedopsiquiatras, psicólogo, terapeuta ocupacional e psicomotricista.

### **5.3. Participantes**

Os participantes (crianças e adolescentes) a quem foram prestados cuidados de enfermagem no decorrer da totalidade do estágio, foram indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, em acompanhamento de grupo terapêutico em Hospital de Dia e em Internamento. A situação de saúde dos participantes envolve diversos quadros clínicos, como perturbações do comportamento, perturbações graves de ansiedade, alterações do pensamento e da perceção, tentativas de suicídio, comportamentos agressivos, perturbações alimentares, entre outros.

### **5.4. Atividades desenvolvidas e instrumentos utilizados**

Por forma a dar resposta aos objetivos a que nos propusemos, delineámos as seguintes intervenções e instrumentos de trabalho:

- Reuniões de equipa multidisciplinar;
- Grupos terapêuticos;

- Intervenções em grupo de âmbito psicoterapêutico com recurso a mediadores expressivos;
- Estudos de Caso;
- Jornais de Aprendizagem, estruturados segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs;
- Reflexões escritas.

Em ambos os contextos participámos nas reuniões de equipa multidisciplinar, realizadas semanalmente; acompanhámos regularmente os grupos terapêuticos enquadrados na dinâmica de intervenção do Serviço; foram planeadas seis intervenções de âmbito psicoterapêutico, em grupo e com recurso a mediadores expressivos, como sejam, o desenho, a expressão dramática (mímica), o relaxamento e ainda atividades de culinária. Em cada contexto de intervenção (comunidade e internamento), foi realizado um Estudo de Caso e um Jornal de Aprendizagem. Ao longo do curso do estágio foram ainda realizadas reflexões escritas (quase diárias) sobre a prática de cuidados que foi sendo desenvolvida. Apresentamos no capítulo seguinte, de modo mais detalhado, as referidas intervenções e instrumentos.

## **6. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Todo o estágio foi organizado de forma a que houvesse a possibilidade de se integrar o máximo de atividades possível em ambos os serviços em que se desenvolveu. Assim foi possível participar nas reuniões da equipa multidisciplinar que ocorrem em ambos os serviços, nas quais são discutidas as situações clínicas dos adolescentes acompanhados. Este foi um importante contributo para o desenvolvimento de competências de avaliação, diagnóstico e planeamento de intervenções terapêuticas.

### **6.1. Intervenção em grupo terapêutico**

Como anteriormente referido, os objetivos deste estágio prenderam-se com a realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico com o adolescente, a aquisição de competências de orientação de grupos e a utilização de técnicas expressivas na prestação de cuidados. Neste sentido, no decorrer do estágio foram planeadas e desenvolvidas atividades terapêuticas com recurso a mediadores expressivos, dirigidas a diferentes grupos (HD e internamento). Todo o processo de planeamento, realização e avaliação das atividades desenvolvidas, foi desenvolvido sob a supervisão dos enfermeiros orientadores. De referir que estas atividades foram integradas no plano de atividades terapêuticas da equipa, e em sintonia com a metodologia e estratégia desenvolvida pelo serviço. Todos os nomes apresentados são fictícios, de modo a preservar a identidade dos participantes.

#### **6.1.1. Atividade de Culinária**

A atividade “Culinária” (Apêndice 1 – planeamento e avaliação) foi realizada em hospital de dia num grupo que designámos de grupo 1. Consistiu na confeção de biscoitos (“Areias”). Os objetivos desta atividade visam promover a execução de um processo com início, meio e fim (planeamento, execução e resultado); aquisição de



competências de socialização; promoção da cooperação entre pares e desenvolvimento da coesão de grupo.

Participaram nesta intervenção, os três elementos que constituíam o grupo. Gonçalo de 17 anos, com história de internamento em pedopsiquiatria por surto psicótico após consumo de substâncias, depois do qual foi encaminhado ao hospital de dia. Marco, 16 anos, em acompanhamento por abandono escolar; apresenta dificuldades de aprendizagem; não quer regressar à escola (*“não presto para aquilo”* sic); permanece a maior parte do tempo em casa, sem qualquer atividade. Alexandre, de 16 anos, tem diagnóstico médico de Síndrome de Asperger; apresenta dificuldade em controlar a agressividade; frequenta o 8º ano de escolaridade, com necessidades educativas especiais.

Foi pedido aos participantes que colaborassem em todas as etapas de confeção dos biscoitos (preparar e pesar os ingredientes, amassar e moldar). Estes biscoitos cozinham no forno, pelo que durante o tempo de cozedura, foi desenvolvida uma atividade de apresentação na qual era pedido que os adolescentes preenchessem um pequeno questionário sobre características pessoais, interesses individuais, coisas que não gostam e projetos que gostariam de concretizar. Depois de preenchido, foi promovida a partilha das respostas de cada um dos participantes com o grupo. No final da sessão fez-se um lanche em que se partilhou os biscoitos realizados na atividade.

Com esta atividade foi possível promover a interação/ cooperação entre os adolescentes na execução dos diferentes passos da atividade. Foi necessário distribuir as diferentes tarefas pelos três elementos, sendo Alexandre o mais empenhado na tarefa que lhe havia sido atribuída. Foi possível promover a criatividade dos adolescentes, aquando da moldagem dos biscoitos, dando liberdade de lhes dar a forma que entendessem. Ao longo de todo o processo houve a necessidade de incentivar os participantes à realização das diferentes tarefas. Na fase de dar forma aos biscoitos não foi diferente, Alexandre mais empenhado, “brincou” com a massa, moldando diversos biscoitos. Gonçalo usou da sua criatividade para moldar alguns biscoitos, havendo a necessidade de que continuasse até terminar a massa. Marco foi o elemento menos participativo, havendo a constante necessidade de ser estimulado à participação.

Nesta atividade foi muito notória a dificuldade de leitura, interpretação e escrita de Alexandre, tendo havido vários momentos em que foi necessária a clarificação do que lhe estava a ser solicitado. Foi o elemento mais empenhado ao longo de toda a atividade. Gonçalo manteve-se pouco empenhado em todas as tarefas que lhe foram solicitadas. É um rapaz criativo, o que se refletiu no momento de dar forma aos biscoitos, sendo esta a tarefa em que demonstrou mais empenho e satisfação. Relativamente ao questionário fê-lo de forma rápida, quase impulsiva, sem pausas até terminar a tarefa, sendo o primeiro a concluí-la. Marco foi o elemento menos empenhado, tendo havido constante necessidade de ser incentivado a realizar as tarefas que lhe foram solicitadas. Relativamente ao questionário, demora algum tempo a iniciar o que estava a ser solicitado, parece haver uma resistência em o fazer. Após estímulo, consegue realizá-la de forma empenhada.

Curiosamente no momento de partilha, é Marco quem tem o momento mais importante de partilha, ao falar da morte da sua avó. O processo de luto assume na adolescência características próprias, sendo influenciado por alguns fatores enunciados por Bowlby (1984) e que se referem ao conhecimento que o adolescente tem das causas e das circunstâncias em que ocorreu a perda, particularmente o que lhes é dito sobre a perda e as oportunidades que têm de a partilhar. A expressão de sentimentos relacionados à perda de uma pessoa significativa apresenta-se assim como recurso importante ao processo de luto.

Este revelou-se ser um momento importante para o desenvolvimento da coesão do grupo, na medida em que todos os seus elementos participaram ativamente, mostrando a sua solidariedade a Marco e partilhando, também algumas das suas perdas.

#### 6.1.2. Atividade Expressiva: Mímica

Em cada intervenção o mediador é escolhido de acordo com o seu potencial de expressividade, ou seja, deve ser facilitador da expressão e da aprendizagem emocional (Martins, 2012). A atividade expressiva que teve como mediador a mímica (Apêndice 2 – planeamento e avaliação) foi desenvolvida em hospital de dia num grupo que designámos de grupo 2. Os objetivos desta atividade prendem-se com o

desenvolvimento do autoconhecimento; o reconhecimento de emoções e sentimentos no outro e estimular a expressão de diferentes emoções e sentimentos.

A atividade proposta consistiu num jogo de tabuleiro composto por várias casas, em que algumas tinham uma questão a que o jogador teria de responder e em outras era pedido que escolhesse um cartão em que era pedido que através de mímica expressasse um item referente a uma das duas categorias existentes, “sou” e “estou”. A categoria “sou” era referente a diferentes animais e personagens. A categoria “estou” referia-se a sentimentos e emoções. Jogado em equipa, quando saía uma casa de pergunta o jogador respondia à mesma, quando calhava casa de cartão deveria, através de mímica, expressar o que estava no cartão e os colegas de equipa tentariam adivinhar do que se tratava.

Ao longo da atividade foi visível a dificuldade dos participantes em identificar e expressar as diferentes emoções e sentimentos, sendo necessário clarificar o seu significado. Houve lugar à discussão sobre o que representava para cada um dos adolescentes os diferentes sentimentos e emoções, tendo sido esta intervenção importante para a tomada de consciência das mesmas.

A verbalização de sentimentos e emoções foi, claramente, uma dificuldade apresentada pelos participantes. O estímulo à identificação de sentimentos e emoções e seus significados foi uma constante nesta atividade.

Esta atividade teve um grande constrangimento que foi o número reduzido de participantes, tendo estado presente uma pequena parte dos elementos do grupo o que tornou a atividade menos dinâmica. Por outro lado, isto permitiu que houvesse mais tempo para abordar cada uma das questões que foram saindo a cada participante permitindo um maior aprofundamento das mesmas.

### 6.1.3. Atividade Expressiva: Desenho

O desenho é utilizado pelo ser humano desde há muitos séculos como forma de expressão e comunicação. Como atividade expressiva, o desenho possibilita o acesso a pensamentos, vivências e sentimentos. Santos (2009, p. 143) refere que “o traço, o desenho e toda a actividade gráfica são representação mental que

intencionalmente deixa vestígio de um gesto, significante de emoção, experiência vivida, conhecimento”.

Quando utilizado como mediador expressivo em contexto de intervenção terapêutica permite que o terapeuta aceda ao mundo interno da pessoa. Possibilita que a pessoa expresse por via do traço, do desenho, o que não consegue verbalizar, funcionando assim como facilitador da comunicação do cliente com o terapeuta. Aliado ao desenho produzido, é de grande importância a narrativa que o indivíduo faz deste, uma vez que, permite que o terapeuta clarifique o que este quis comunicar através do desenho. Durante o estágio foram desenvolvidas três intervenções terapêuticas com recurso ao desenho, que seguidamente se relatam.

### Atividade 1

Esta atividade teve o título de “Autorretrato” (Apêndice 3 – planeamento, avaliação e ilustração), foi desenvolvida em hospital de dia. O objetivo terapêutico desta intervenção prendeu-se com a promoção do autoconhecimento.

Nesta atividade participaram os elementos do grupo que designámos de grupo 2. Artur de 16 anos, em acompanhamento por ansiedade, dificuldade em controlar a sua agressividade e baixa autoestima; mantém sempre uma postura de grande tensão. Susana, 17 anos em acompanhamento por perturbação grave de ansiedade, frequenta o grupo pontualmente (devido a horário escolar) e mantém acompanhamento individual. Vanda de 14 anos, acompanhada por perturbação grave de ansiedade. E Gonçalo, 17 anos, que também frequenta o grupo 1.

Foi pedido ao grupo que cada um desenhasse o seu autorretrato. Para tal, foi disponibilizado a cada adolescente uma folha branca de tamanho A3, lápis de cor, lápis de carvão, lápis pastel e canetas de feltro de várias cores.

Artur demonstrou uma grande resistência em desenvolver esta atividade, permanecendo inquieto, brincando longamente com o lápis na mão sem fazer qualquer traço. Houve necessidade de que, por várias vezes, fosse incentivado à realização do que tinha sido proposto, tendo chegado a verbalizar: “*não sei como me vejo*” sic. Como resultado final apresenta, desenhando a carvão, a inicial do seu nome próprio seguido de um ponto e o seu sobrenome (tudo em letras maiúsculas) e

em baixo dois K's. Escolhe o preto para o contorno das letras e deixa o seu interior em branco. O desenho encontra-se ao centro da folha, ocupando menos de um terço do seu espaço. Mais tarde, quando apresentou o seu trabalho ao grupo, refere apenas que os K's são um símbolo seu que habitualmente utiliza sem querer desenvolver a sua narrativa.

Susana desenha, a lápis pastel e com um traço muito ténue, uma figura de uma cabeça humana (Apêndice 3, figura 1), vista lateralmente na qual se pode visualizar todo o contorno do rosto, nariz e boca, um olho, cabelo comprido que não cobre toda a cabeça, desenha-o de forma que deixa em branco uma zona delimitada, segundo diz, correspondente ao cérebro. Todo o desenho é colorido em tons de castanho, exceto esta zona “vazia” do cérebro que permanece sem qualquer tipo de preenchimento. Aquando da apresentação ao grupo fá-lo de forma tímida, com fâcies ansioso, é parca em palavras e descreve-se sobretudo pela negativa. Neste momento cria-se um espaço em que se procura ajudar Susana a refletir acerca das suas qualidades, mostrando grande dificuldade em as identificar.

Gonçalo desenhou um caminho tipo encruzilhada, com quatro caminhos (Apêndice 3, figura 2), ao longo dos quais escreveu: “love and guidance”; “time”; “energy”; “patience”. Estas estradas convergindo para uma zona central desenhada em forma circular onde desenha o que diz representar “projetos e ambições de futuro” sic., fá-lo desenhando uma claquete de cinema com a inscrição “movie”, que é rodeada por símbolos de cifrão (\$). Escreve ainda “eu gosto muito de ver filmes assim como quem lê livros”. Quando fala do seu desenho descreve-o dizendo que colocou nele todos os elementos que o caracterizam.

Vanda recusou-se a realizar esta atividade, tendo desencadeado um momento de grande tensão no grupo. Não cedeu a nenhuma argumentação da equipa, mantendo a sua recusa. Foi um momento desestabilizador de todo o grupo. Neste momento optámos por aceder a que fizesse uma outra atividade da sua preferência na qual se manteve focada durante toda a sessão, aparentemente, sem dar conta do que ia acontecendo à sua volta.

A narrativa construída em volta do desenho elaborado, foi facilitador da verbalização de pensamentos e sentimentos, algo especialmente difícil para todos os elementos do grupo. Verbalizar acerca de que imagem possui de *sí*, mostrou-se

difícil para todos os adolescentes presentes. Foi notoriamente uma atividade de uma grande intensidade emocional, em que houve necessidade de gerir conflitos, resistências, silêncios, emoções despertadas pela atividade.

### Atividade 2

A atividade expressiva (desenho e colagem) que se intitulou de “Os meus Dragões” (Apêndice 4 – planeamento, avaliação e ilustração) foi desenvolvida em contexto de internamento. Os objetivos terapêuticos prenderam-se com a identificação de papéis e identificação de medos de cada participante, relativamente a cada um dos papéis identificados. Participaram todos os utentes do serviço, tendo sido divididos em dois grupos de 8 elementos cada. Estes grupos foram compostos por indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, em situação de internamento por diferentes motivos como, anorexia, perturbação do comportamento com auto e/ou heteroagressividade, tentativa de suicídio e alterações do pensamento com atividade delirante.

Em cada um dos grupos iniciou-se a atividade com o esclarecimento do conceito de papel e identificação de que papéis cada um dos participantes desempenha em diferentes áreas como família, escola, amigos e internamento. De seguida pediu-se que cada um criasse, na folha que lhes havia sido entregue, uma área para cada papel por si identificado e, por fim, em cada um dos espaços criados deveria colar um dragão que corresponderia a um medo no desempenho do papel em questão. Foi fornecido a cada elemento uma folha A3 e disponibilizadas esferográficas, caneta de feltro e lápis de várias cores, cola tipo *stick* e pequenos dragões que haviam previamente sido recortados.

Cada adolescente criou o espaço para cada papel por si identificado de forma livre. Alguns indivíduos utilizaram formas geométricas como o triângulo ou o círculo. Outros utilizaram formas como nuvens (Júlia, 17 anos), corações (Mariana, 13 anos). Marcelo, 11 anos, representou cada papel com diferentes formas irregulares e fechadas. Aurora, 12 anos, utilizou o desenho de uma árvore. Ariana, 16 anos, utilizou um grande círculo que dividiu em diferentes partes com linhas retas. Dalila, 14 anos, um retângulo que dividiu na vertical em duas partes iguais, uma destas, a

mais à esquerda, dividiu com linhas horizontais e em cada um dos espaços o papel referente. Débora, 14 anos, desenhou uma casa e dentro dela colocou os diferentes papéis que identificou desempenhar na sua família, não identificando outro tipo de papéis em outras áreas da sua vida (Apêndice 4, figura 3).

No final foi criado espaço para apresentação, partilha e discussão dos “dragões” identificados. Foi comum a vários elementos medos relacionados a perdas de familiares e amigos, medo de fracasso como aluno, como desportista, como pessoa, como amigo. Relativamente às perdas de familiares surgem frases como “tenho medo de perder os meus pais” *sic* (Aurora), Débora refere “tenho medo de perder a minha avó”, Júlia diz, “tenho medo que os meus pais e a minha irmã morram e eu depois fico sem eles”. Marta, 13 anos, refere “tenho medo de perder os meus amigos, por estar aqui”. No que se refere à escola surgem frases como “tenho medo de chumbar” diz Isabel, 13 anos, que diz ainda que tem “medo de quando voltar o que vou dizer às pessoas”, referindo-se ao motivo de internamento e medo do estigma de que possa vir a sofrer. Dalila refere “tenho medo por não ser boa aluna” e por isso “não conseguir” acabar o curso. Júlia fala do seu medo “de não conseguir voltar a fazer o meu desporto como antes” e diz ainda, “tenho medo de fracassar como pessoa”.

Uma temática comum na narrativa dos participantes refere-se às perdas familiares. A desvinculação da autoridade parental é uma das tarefas psíquicas principais da adolescência (Marcelli & Braconnier, 2005). O adolescente procura atingir a sua autonomia, ocorrendo um processo de separação entre o adolescente e os pais.

O processo de separação do adolescente aos pais é associado por Fleming (2010) a um processo de luto que é necessário que se favoreça, tornando o adolescente capaz de aceitar o crescimento e todas as mudanças que esta transição implica (abandono dos privilégios da infância, responsabilização, realização pessoal).

Pensar e confrontar-se com os seus medos é um exercício que todos os participantes referiram ter sido difícil mas todos apontam como positivo a oportunidade de fazer este tipo de reflexão. Perceber que os seus medos não são únicos, que outros participantes do grupo partilham dos mesmos medos, dá ao

indivíduo uma percepção diferente do mesmo, operando assim o fator terapêutico de universalidade, enunciado por Yalom (2005).

### Atividade 3

A atividade expressiva que se intitulou de “O meu Brasão” (Apêndice 5 – planeamento, avaliação e ilustração) foi desenvolvida em serviço de internamento. Esta atividade teve como objetivo terapêutico o autoconhecimento. Esta intervenção foi desenvolvida com todos os utentes do serviço, que foram divididos em dois grupos de 8 adolescentes cada.

Os participantes sentaram-se distribuídos por várias mesas da sala. A cada um foi disponibilizada uma folha A3, canetas de feltro e lápis de cor. Foi pedido que, pensando nas suas características, gostos e interesses cada participante criasse o seu brasão pessoal. No final cada um apresentaria o seu brasão ao grupo.

Todos os participantes se empenharam na criação do seu brasão, à exceção de Irene, 13 anos, que se manteve observadora do que a rodeava sem fazer qualquer produção. Foi incentivada, por várias vezes ao longo do tempo em que decorreu a atividade a participar ativamente, tendo recusado sempre.

Júlia, 17 anos, começou por se empenhar na criação do seu brasão, mas a dada altura descontente com o que o que estava a fazer diz “*não está bem!*” *sic*, querendo corrigir o que havia feito, solicitou uma nova folha para que recomeçasse. Foi-lhe negada nova folha e incentivada a desenvolver uma estratégia para colmatar o que entendia ser um erro. Mostrou-se desagradada e zangada com a resposta que havia obtido. Rasgou a folha, recusando continuar a atividade. Gerou-se um momento de conflito que foi preciso gerir. Era necessário que desenvolvesse novas estratégias para corrigir o que identifica como tendo sido “*um erro*” *sic*, novas formas de ultrapassar as suas dificuldades. No momento de discussão houve a possibilidade de esclarecer Júlia quanto ao motivo de não lhe ter sido disponibilizada nova folha. A adolescente compreendeu a sua necessidade de desenvolver a sua criatividade na resolução de problemas.

Ariana, 16 anos, e Carolina, 15 anos, apenas mostraram a sua produção recusando falar acerca das mesmas. Mariana acedeu a apenas mostrar aos técnicos



o que havia produzido. Martim, 11 anos, criou um brasão em forma de escudo ladeado por 4 mãos de cada lado (à direita e à esquerda), que diz representar “os amigos e as pessoas que me apoiam”. Maria, 13 anos, mostrou ao grupo o seu brasão explicando que representava “o que eu sou” e os objetivos que quer alcançar, “ter amigos”, e “não ter medo de estar na escola” sic. Neste momento o grupo, de forma espontânea, dirigiu-lhe palavras de apoio e motivação. Desta forma, o grupo exerceu a sua função de apoio, como descrito por Townsend (2011).

Vários elementos incluíram palavras que afirmam os caracterizar. Débora, 14 anos, elaborou um brasão de formato quadrado com linhas de diversas cores que, sem se alongar na narrativa, diz representarem várias áreas da sua vida, - “amigos, família, alegria”, -, ao centro a letra “D” em representação do seu nome. Este desenho (Apêndice 5, figura 4) foi feito no canto superior direito da folha que depois a adolescente destacou da restante folha, tendo ficado com umas dimensões bastante mais reduzidas, de cerca de 15cmx15cm.

Ao longo da atividade deparámo-nos com a dificuldade de motivar a adesão de todos os participantes. Íris, 13 anos, verbalizava que não queria fazer o que era pedido, numa atitude desafiante para com os técnicos e a incitar os colegas à não-adesão. Conseguiu-se contornar esta situação motivando a adolescente à sua participação reforçando a importância do tema que estava a ser abordado. Ainda que com pouco empenho, acaba por aderir e criar o seu próprio brasão.

#### 6.1.4. Sessão de Relaxamento

A sessão de Relaxamento (Apêndice 6 – planeamento e avaliação) foi realizada em contexto de internamento. O objetivo terapêutico desta atividade prende-se com o desenvolvimento do autoconhecimento e relaxamento. Pretendia-se que os utentes aprendessem uma estratégia de gestão de ansiedade. Participaram todos os utentes internados no serviço, tendo sido divididos em dois grupos de 8 elementos cada.

Foi pedido a cada um dos participantes do grupo que escolhesse uma música de que gostasse e com a qual experienciasse sensação de relaxamento. De seguida

a música seria dada a ouvir ao restante grupo. Terminada a audição da música o grupo falava sobre as sensações que havia experienciado. No final seria criada a *playlist* resultante das escolhas do grupo. Foram escolhidas músicas de estilos bem diferentes, desde baladas, música Pop, a Rap e *hard rock*. Cada uma das músicas, despertou diferentes reações em cada um dos participantes, tendo estes sido estimulados a falar sobre as mesmas.

A título de exemplo de referir que alguns utentes estranharam que Jaime, 12 anos, se sentisse relaxado com música *hard rock*, referindo não se identificar com o estilo musical, ou “*é muito barulhenta, não me deixa nada relaxada*” (Bruna, 14 anos). Jaime explica que, quando “*estou nervoso ou zangado, ouço esta música e depois sinto-me mais calmo*”. Este estilo musical poderá proporcionar a Jaime um momento libertador energias e tensões resultando num efeito de catarse promovendo assim, uma sensação de alívio.

A tomada de consciência das diferentes emoções que o estímulo das diferentes músicas provoca em si, assume um papel importante na tomada de consciência de si, bem como na identificação de sensações e emoções próprias. Esta atividade decorreu de forma tranquila. Permitiu ainda, que os participantes contactassem com diferentes perspetivas acerca do mesmo assunto, promovendo a compreensão do outro. Permitiu, ainda, a identificação de diferentes possibilidades de criação de estratégias de relaxamento, como ferramenta para o auxílio na redução de níveis de ansiedade.

## **6.2. Intervenção individual**

A intervenção individual aconteceu em ambos os contextos em que se realizou o estágio que relatamos, na medida em que todas as intervenções planeadas e realizadas foram sempre direcionadas às necessidades de cada um dos indivíduos na sua singularidade, ainda que estando, frequentemente em contexto de grupo, fosse em grupo terapêutico ou em um grupo de pessoas num mesmo espaço físico como sendo, por exemplo, uma sala de convívio. No serviço de internamento, pela sua dinâmica, houve mais momentos de intervenção neste tipo de contexto.

Isto acontecia nas ocasiões em que não estavam a decorrer as atividades terapêuticas planeadas. Trataram-se de ocasiões em que não havia atividades planeadas, de tempo-livre que os utentes podiam utilizar de forma lúdica e que de um modo “informal” fosse possível integrar diferentes atividades, tendo sempre presente uma intencionalidade terapêutica direcionada à pessoa.

Também nestes momentos de intervenção houve o recurso a mediadores, como jogo de tabuleiro, jogo de cartas, muito apreciados pelos utentes e que funcionaram como meio facilitador do desenvolvimento da relação terapêutica. Este tipo de intervenção contribuiu para o desenvolvimento de competências sociais dos participantes. Todas as intervenções foram direcionadas às necessidades de cada um dos elementos presentes em cada momento. Durante o jogo ocorreram situações em que houve necessidade de gerir sentimentos de frustração de quem se sentia derrotado, momentos em que houve necessidade de estimular alguns elementos a participar, promovendo a interação social, foi preciso gerir alguns conflitos que iam surgindo entre os participantes. Houve necessidade de colocar limites e impor o cumprimento de regras.

Estes foram momentos de importante intervenção com cada um dos participantes. A título de exemplo lembro o caso de Isabel, 13 anos, tímida, observadora e pouco comunicativa. Internada por diagnóstico médico de anorexia. Do seu plano terapêutico fazia parte o repouso e por isso, permanecia sempre, sentada no mesmo sítio da sala de convívio, com o seu livro que ia lendo. Em todas as tentativas de abordar Isabel, esta era sempre bastante evasiva.

A primeira tarefa no desenvolvimento de uma relação é, segundo Townsend (2011), estabelecer *rapport*, isto é, a aceitação do indivíduo na sua singularidade e ter um verdadeiro interesse em conhecer o outro.

Foi necessário encontrar uma estratégia para estabelecer relação com esta adolescente. A determinada altura foi possível perceber que havia um jogo de cartas que lhe despertava algum entusiasmo. Indo de encontro aos interesses de Isabel, passou-se a utilizar este mediador para estabelecer contato direto com Isabel, o que se revelou ser útil, pois a partir deste momento foi possível desenvolver uma relação de confiança com a adolescente.

Estabelecer uma relação de confiança é essencial ao desenvolvimento da relação terapêutica. Face a uma atitude de respeito, autenticidade e compreensão empática, o indivíduo (adolescente) irá, gradualmente, baixar as suas defesas. Com a criação de um clima de confiança irá aceder a partilhar particularidades de si que muitas vezes desconhece (Chalifour, 2008).

Este foi um passo importante no desenvolvimento da relação terapêutica com Isabel, que posteriormente se refletiu na sua adesão às intervenções terapêuticas realizadas em contexto de grupo, para as quais se foi mostrando mais disponível. Passou de estar presente para estar participativa e envolvida na intervenção, permitindo-se partilhar alguns aspetos da sua individualidade.

A utilização do jogo de cartas como mediador contribuiu igualmente para que Isabel desenvolvesse as suas competências de relação interpessoal, pois foi um meio através do qual a adolescente desenvolveu a sua relação com os técnicos do serviço e também com o restante grupo de utentes do serviço.

Do mesmo modo, a utilização de mediadores foi um recurso usado na que intervenção foi desenvolvida com outros indivíduos, mostrando-se ser muito útil no desenvolver da relação terapêutica. Recorreu-se a mediadores como por exemplo o desenho, a escrita, a pintura e jogos de tabuleiro. Desta forma, aproximando-nos dos interesses do indivíduo, aproximamo-nos do indivíduo, o que permite o desenvolver da relação terapêutica essencial para uma intervenção terapêutica eficaz.

### **6.3. Estudo de caso**

O estudo de caso é um método amplamente utilizado no estudo da enfermagem. Pode ser caracterizado como o estudo de um fenómeno específico, que poderá ser um programa, uma instituição ou uma pessoa. É uma investigação que se debruça sobre uma situação específica, no seu contexto real e analisa-a, procurando a sua compreensão. Este método implica a recolha de dados que deverá ser sistemática. Não dispensa o recurso aos conhecimentos teóricos já existentes na sua fundamentação (Meirinhos, 2010).

Pereira, Godoy & Terçariol (2009, p. 424) apoiando-se em Goode & Hatt (1973) afirmam que o “estudo de caso caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo”. Com a utilização da metodologia de estudo de caso pretendeu-se proceder ao estudo de um caso clínico referente a um adolescente em acompanhamento em cada um dos serviços em que foi realizado o estágio que aqui se relata. Este processo incluiu a realização de uma avaliação de enfermagem, o levantamento de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e realização de intervenções terapêuticas e por fim uma reavaliação da situação.

A título de exemplo refere-se o estudo de caso referente a Débora, que se apresenta no Apêndice 7. De referir que na versão do estudo de caso apresentado neste relatório, foi retirada muita informação detalhada para efeitos de confidencialidade.

Débora é uma adolescente de 14 anos, internada por tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa voluntária (IMV). Aquando da sua chegada ao serviço de internamento foi realizada uma avaliação inicial de enfermagem à adolescente. Vinha acompanhada da mãe com quem mantinha uma relação tensa.

Procedeu-se à colheita de dados por forma a poder construir a história de Débora. Migrante, a residir em Portugal desde há cerca de um ano (à data de internamento), com a mãe. Apura-se história de consumo de substâncias desde os 10 anos de idade e uma importante história de consecutivas perdas, de separação e de rotura de vínculos. A vinculação tem como função criar a “base para os sentimentos de proteção e de segurança na criança” (Fleming, 2010, p. 21). Toda a história de Débora é repleta de momentos de grande vulnerabilidade, com várias mudanças de casa, por mudança do agregado familiar (Genograma Familiar em Apêndice 7). Viveu com os pais, depois apenas com a mãe, mais tarde passa a viver com o pai, depois muda-se para casa de uma familiar próxima, com quem tem grande vínculo, e por fim muda de país e volta a viver com a mãe.

Desta avaliação inicial resulta o levantamento dos diagnósticos de enfermagem e respetiva elaboração de um plano de cuidados ajustado às necessidades de Débora (Apêndice 7), que teve como objetivo facilitar a transição e contribuir para a

melhoria dos níveis de saúde desta adolescente para quem esta fase assume especial complexidade.

Considerando os ensinamentos de Meleis (2010), Débora vive um processo transicional. Considera-se que estão envolvidos três tipos de transição; uma transição situacional, uma vez que a adolescente havia mudado recentemente de país, a transição desenvolvimental que a adolescência por si só representa e a transição de saúde-doença mental.

O internamento decorreu sem grandes intercorrências. Ainda nos primeiros dias, Débora referiu sentir como benéficas as rotinas do serviço; que dizia ajudar a organizar-se. Abordou as diferenças com as suas rotinas em casa, nomeadamente no que se refere a horários de refeição e de sono, uma vez que em casa não havia horários estabelecidos.

O contexto de internamento é um ambiente contendor e que proporciona um espaço promotor da organização de tempos e espaços o que contribui para que ocorra uma organização das rotinas do indivíduo e, consequentemente é facilitador de uma organização interna deste.

Numa fase inicial, Débora não tinha iniciativa para atividades recreativas, permanecendo sentada no sofá da sala de convívio do serviço sem interagir, quer com os restantes utentes do serviço, com os diferentes técnicos. Ainda assim, aderiu às atividades quando estas lhe eram propostas, inicialmente com alguma resistência e necessitando ser incentivada pela equipa de enfermagem. Posteriormente passou a ser autónoma e a ter iniciativa para este tipo de atividade, com preferência por pintura de desenhos, atividade que faz em conjunto com outras adolescentes, e jogos de tabuleiro com um grupo mais alargado.

Relativamente às intervenções terapêuticas realizadas em grupo, Débora aderiu de forma progressiva. Numa fase inicial estando presente nas atividades e mantendo uma postura observadora e pouco participativa. Após alguns dias de internamento apresentava maior empenho nas atividades terapêuticas, participando ativamente. Referia sentir estas atividades como benéficas, pois *“faz pensar nas coisas e isso é bom”* (sic).

Ao longo do internamento recebeu visitas da mãe e de uma familiar próxima. Inicialmente houve a necessidade de que as visitas da mãe fossem mediadas pelos técnicos devido a relação tensa. Foram, também, utilizados mediadores como o jogo e pintura durante estas visitas. Ambas acolheram bem este tipo de intervenção, tendo a mesma contribuído para que as visitas decorressem de forma tranquila. Foi notória uma evolução da relação mãe-filha, que progressivamente se foi transformando numa relação com afeto presente e uma comunicação mais eficaz.

A metodologia de estudo de caso, além do estudo aprofundado da situação clínica, foi um importante contributo para o desenvolvimento de competências que se objetivava com o estágio que aqui se relata. Permitiu desenvolver competências de sistematização, análise de dados, avaliação, diagnóstico de saúde mental, planeamento e realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, conforme enunciado no regulamento das competências específicas do EESMP (OE, 2010b).

O desenvolver de cada um dos estudos de caso realizados, decorreu também com importante o contributo resultante da discussão das situações clínicas com os enfermeiros orientadores que acompanharam o estágio e de igual modo da perspetiva resultante da discussão em equipa multidisciplinar envolvida no processo terapêutico de cada uma das situações.

#### **6.4. Jornal de aprendizagem**

A reflexão sobre a prática é entendida, por diversos autores, como sendo um elemento essencial ao desenvolvimento profissional. Abreu (2007, p. 191) suporta-se em Johns (1993, 2000) para falar da prática reflexiva, que é descrita pelo autor como sendo “um modelo cognitivo de resolução de problemas, que interroga a visão da prática imediata e a reflexão sobre a realidade”.

Este instrumento foi utilizado em ambos os contextos em que decorreu o presente estágio e teve como objetivo ser um contributo para o nosso desenvolvimento profissional neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Para tal recorreu-se ao modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs, (Anexo 1), que se organiza nas

diferentes etapas de 1) descrição da situação; 2) descrição do que o interveniente sente e pensa no momento da ação; 3) avaliação de toda a ação; 4) análise da situação e 5) conclusão e agenda (plano para o futuro).

No decorrer da primeira fase do estágio abordou-se a nossa atuação enquanto terapeuta do grupo. Analisámos formas de estar, as interações com os elementos do grupo, as estratégias utilizadas, refletindo as grandes preocupações no momento em que se realizou a reflexão. Na segunda fase do estágio a reflexão debruçou-se sobre a temática do desenvolvimento de relação terapêutica, tendo-se centrado num caso específico que nos levantava algumas dúvidas (Apêndice 8).

A intervenção do enfermeiro especialista em SMP tem por base a relação enfermeiro-cliente (Townsend, 2011). Esta relação assenta no estabelecer de uma relação de ajuda, essencial no setting terapêutico, que consiste numa interação entre o interveniente (EESMP) e o cliente (utente). Cada um contribui pessoalmente para a satisfação de uma necessidade de ajuda. Em função dos objetivos a alcançar, o interveniente adota uma forma de estar e de fazer, transmitindo-o de forma verbal e não-verbal ao cliente. Os objetivos a alcançar são definidos em função do pedido de ajuda feito pelo cliente e, também, de acordo com a compreensão que o interveniente tem da dificuldade apresentada pelo cliente (Chalifour, 2008). Sendo esta a base da enfermagem de saúde mental e uma preocupação constantemente presente na prática diária do enfermeiro especialista em SMP, pareceu pertinente dedicar algum tempo à reflexão acerca deste tema.

Neste sentido, recorrer modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs permitiu realizar uma reflexão de modo estruturado e mais aprofundado sobre algumas situações que surgiram ao longo do decorrer do estágio e que de alguma forma levaram à necessidade de uma reflexão acerca das mesmas. Foi possível analisar a nossa prática de cuidados, identificando pontos positivos e pontos negativos.

Uma das etapas deste modelo implica a descrição do que o interveniente sente e pensa no momento da ação. Ao descrever, relembrar e refletir acerca de algumas situações foi possível identificar quais as dificuldades presentes, refletir acerca das reações e emoções que surgiram durante as mesmas, contribuindo para o desenvolvimento da primeira competência do enfermeiro especialista em SMP segundo a qual o enfermeiro “demonstra tomada de consciência de si mesmo



durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2010b, p.4).

Analisar situações da prática de cuidados permite ao enfermeiro aprender com a sua experiência (Benner, 2001). Através da identificação de pontos positivos e negativos da sua intervenção, possibilita a melhoria da sua intervenção futura.

A utilização deste instrumento revelou ser um importante contributo para o desenvolvimento profissional que se pretendia com a realização do estágio aqui relatado e, foi também, um importante contributo para o desenvolvimento pessoal ao longo deste percurso.

### **6.5. Reflexões Escritas**

Foram vários os momentos de reflexão ao longo de todo o período de estágio. Além dos jornais de aprendizagem atrás referidos, no decorrer do estágio foram diversos os diálogos com os enfermeiros orientadores, estes foram momentos de partilha de dúvidas, análise de interações e intervenções realizadas.

De igual modo a realização de várias reflexões escritas acerca da prática de cuidados traduziram-se num importante contributo para o desenvolvimento das nossas competências profissionais e pessoais, pois permitiram que fosse desenvolvendo uma maior *consciência de mim* na relação com o outro, identificando e analisando dificuldades, fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências.

Estas questões foram analisadas por Chalifour (2008) que afirma que o terapeuta precisa aceitar-se tal como é, notando o que vai emergindo durante a interação com o cliente e desenvolvendo a sua autoconsciência. Isto requer que “reconheça e aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a singularidade e diferença nos outros” (Townsend, 2011, p. 122), algo muito importante na prática de enfermagem de saúde mental.

Foi este exercício, de desenvolvimento da autoconsciência, que se procurou fazer ao longo das várias reflexões escritas que realizadas no decorrer do estágio, descrevendo e analisando momentos de interação com os utentes em ambos os

contextos. Estas reflexões espelham de algum modo a evolução da nossa atuação ao longo deste percurso.

Inicialmente todas as reflexões se centravam nas preocupações relativas a como conseguir estabelecer relação com os utentes, era a grande dificuldade que se apresentava, refletindo como estava no momento a ser o nosso estar no grupo terapêutico, conforme se pode ver nos exemplos em Apêndice 9. Este constante questionamento e análise auxiliou a desenvolver estratégias para ultrapassar esta dificuldade.

O estabelecer da relação de ajuda é influenciado pelas características pessoais do profissional, pelos conhecimentos que detém e pelas suas competências profissionais. A compreensão que tem da pessoa, das necessidades apresentadas pela pessoa e do pedido de ajuda, são fatores que também influenciam as intervenções realizadas pelo profissional (Chalifour, 2008).

Progressivamente, à medida que se foi sentindo menos dificuldade a este nível, o centro das preocupações foi se alterando para passar a dar mais atenção a cada um dos utentes, desenvolvendo, desta forma uma maior compreensão de cada um destes o que permitiu implementar a intervenção por forma a dar resposta às suas necessidades. Foi possível, de um modo cada vez mais consciente, passar a monitorizar as nossas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico” (OE, 2010b, p.4), mobilizando este “*dar conta de mim*”, para melhorar a relação terapêutica.

Para o desenvolvimento deste “*dar conta de mim*” na relação terapêutica, mostrou-se essencial os constantes momentos de diálogo com os enfermeiros que orientaram este estágio, que proporcionaram um *feedback*, uma visão externa de como se desenvolvia a nossa intervenção, no *setting* terapêutico.

## 7. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

No decorrer do estágio, em ambos os contextos, o estabelecer de uma relação de ajuda foi uma preocupação constante e ao mesmo tempo uma dificuldade sentida. Em ambos os contextos, vários indivíduos, de diferentes idades, presentes num mesmo momento, apresentando múltiplas necessidades e pedidos de ajuda distintos. Era necessário encontrar uma forma de desenvolver uma relação terapêutica com cada um dos adolescentes, na sua individualidade. Para tal recorreu-se a vários mediadores como matraquilhos, ténis de mesa, jogos de tabuleiro e jogos de cartas. Sendo o jogo uma atividade bastante apreciada pelos indivíduos desta faixa etária e associado a momentos lúdicos é, também, facilitador da interação terapeuta-adolescente e de igual modo promove a interação adolescente-adolescente. Foram ainda utilizados outros mediadores como a escrita, o desenho e a pintura, tendo estas atividades sido propostas tanto pelos terapeutas como pelos próprios adolescentes, indo-se assim de encontro aos seus interesses. Todas estas atividades permitiram estabelecer uma relação de confiança

A utilização de diferentes mediadores, como referido por Ferraz (2009) e Bucho (2011), auxilia a expressão de *si*, bem como a relação da pessoa com o exterior, o que possibilita a comunicação e o acesso a questões que são difíceis verbalizar. A utilização de mediadores, neste contexto permitiu o desenvolvimento da relação dos adolescentes entre si, bem como a relação entre os adolescentes e os terapeutas.

No serviço de internamento, este tipo de interação assumiu grande importância. Uma vez que os adolescentes permanecem todo o dia no serviço, existem vários momentos entre a realização de rotinas diárias (cuidados de higiene, alimentação, entre outros) e os momentos de realização de intervenções terapêuticas estruturadas. Nestes espaços de tempo os adolescentes mantêm-se ocupados desenvolvendo as atividades que preferirem, habitualmente atividades lúdicas. Estes momentos, não sendo menos importantes que aqueles em que decorrem as atividades terapêuticas, são encarados como momentos lúdicos, pelos adolescentes. Nestas ocasiões foi possível verificar a importância do jogo como mediador que auxilia no estabelecer de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente, essencial para o desenvolver da relação terapêutica. Foi

igualmente possível desenvolver intervenções de carácter terapêutico. Neste contexto, recorrendo frequentemente ao jogo de tabuleiro, indo de encontro às preferências dos adolescentes, foram trabalhadas algumas das suas competências pessoais como sendo a interação social, a aprendizagem e cumprimento de regras.

Nestes momentos, neste contexto, ocorre o desenvolver da coesão de grupo, fator terapêutico enunciado por Yalom (2005) e considerado essencial para o desenvolvimento do grupo. Como referido, também, por Stuart & Laraia (2002), a coesão é um aspeto essencial a ser trabalhado no grupo terapêutico. Está relacionada com a ligação que os indivíduos têm entre si e com o grupo. Num grupo coeso há entre os vários elementos a aceitação do outro, oferecem apoio e criam relações significativas. Isto permitirá o surgimento dos outros fatores terapêuticos, o que proporcionará maiores ganhos para todos os elementos do grupo.

No desenvolver das intervenções terapêuticas, também, esteve sempre presente a necessidade de promover a coesão do grupo terapêutico. Do mesmo modo, no trabalho com o grupo foi possível experienciar vários dos fatores terapêuticos enunciados por Vinogradov & Yalom (1992), como o *altruísmo* nas ocasiões em que os adolescentes partilharam com o grupo experiências pessoais com o objetivo de ajudar os pares; a *instilação de esperança* e a *universalidade*, quando alguns adolescentes tiveram a possibilidade de perceber que também outros adolescentes estavam a viver problemas semelhantes aos seus. O trabalho com o grupo possibilitou aos seus elementos o *desenvolvimento de competências sociais*, bem como a existência de *aprendizagem interpessoal*. Foi possível verificar a importância da *informação* aquando da partilha de informação acerca de temáticas de interesse, aos adolescentes. A *catarse* foi um importante fator presente nos diferentes grupos terapêuticos, evidente quando alguns adolescentes conseguiram liberar as suas emoções, sentir a aceitação destas pelo grupo e atribuir-lhe significado.

Todas as vivências no seio do grupo trouxeram importantes ganhos para os adolescentes, uma vez que promoveu a ocorrência de mudanças e crescimento pessoal de cada um dos adolescentes, funcionando assim, tal como referido por Meleis (2000), como facilitador de que as transições que estes estão a vivenciar, ocorram de forma mais natural e ajustada.

De igual modo, foram de grande importância para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Numa fase inicial, essencialmente pela observação dos enfermeiros dos locais de estágio, na sua intervenção. Tiveram especial relevância os muitos momentos de discussão e reflexão acerca da prática de cuidados, que ocorreram conjuntamente com os orientadores clínicos. Isto permitiu, tal como nos diz Benner (2001), tirar proveito das situações e aprender novas formas de atuação com as mesmas, conduzindo assim à aprendizagem de novas estratégias, novas técnicas e diferentes abordagens às problemáticas apresentadas pelos indivíduos em acompanhamento.

As intervenções com o grupo terapêutico decorreram como já referido, com recurso a mediadores expressivos. Este tipo de intervenção é utilizado em ambos os locais em que se realizou este estágio, o que permitiu a realização de aprendizagens na sua utilização, quer através da observação da intervenção dos enfermeiros experientes de ambos os locais, bem como pela supervisão clínica realizada pelos enfermeiros orientadores ao longo de todo o tempo de planeamento, realização da intervenção e posterior reflexão acerca da mesma.

Os mediadores expressivos, tal como referido por Ferraz (2009) contribuem para a adesão dos participantes à intervenção terapêutica, auxiliam na melhoria da comunicação, no desenvolvimento da relação (enfermeiro-adolescente e adolescente-adolescente), na promoção da autonomia e facilita a catarse. A utilização de mediadores mostrou-se essencial na mobilização dos participantes com atitude mais passiva e mais introvertidos. Possibilitou, ainda, o desenvolvimento da criatividade e da espontaneidade, contribuindo para a promoção da autoestima e da autoconfiança num ambiente terapêutico de aceitação e liberdade expressiva.

Durante o desenvolvimento das intervenções terapêuticas realizadas, alguns indivíduos apresentaram algumas resistências manifestadas sob a forma de silêncio, hostilidade, ausências e abandono. O confronto com este tipo de manifestação do sofrimento mental foi difícil, contudo estas situações revelaram-se importantes para o nosso desenvolvimento profissional, pois foram momentos que de grande aprendizagem, possibilitando a aquisição de estratégias para gerir situações semelhantes. Estas aprendizagens decorreram, da experiência vivida, dos diálogos tidos com os orientadores clínicos, sempre enriquecedores e facilitadores da

articulação do conhecimento teórico que se procurou desenvolver ao longo de todo este percurso, com a prática de cuidados.

Do confronto com a dificuldade de gerir este tipo de situação resultou a necessária reflexão. A relação do enfermeiro com o cliente nunca é isenta de sentimentos e emoções, podendo despertar no enfermeiro sentimentos, emoções e/ou pensamentos com impacto na sua esfera pessoal. Pode coloca-lo diante das suas dificuldades, levando-o a questionar-se sobre a sua aceitação pessoal (Phaneuf, 2005). Deve então o enfermeiro desenvolver “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010b, p. 4).

A este propósito, Pereira & Botelho (2014) refere que na relação com o cliente o enfermeiro utiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, mobilizando diferentes domínios de si, um domínio técnico (conhecimento adquirido e perícia) e outro domínio de ordem pessoal (características pessoais). Nesta utilização de *si*, o enfermeiro confere um carácter pessoal na interação, podendo ser facilitador ou inibidor do crescimento do cliente (Reynolds, 2009).

A necessidade do cuidador se reconhecer na presença do outro, de reconhecer as sensações, as emoções, os pensamentos e as necessidades que o outro desperta em si, é referida por Chalifour (2008) como fundamental para assim o enfermeiro poder ajudar efetivamente o outro, a encontrar-se num processo de descoberta conjunta.

Ao longo deste processo ocorreu um desenvolvimento de uma maior “consciência de mim” na relação com o outro, no entanto, temos presente que este é um processo contínuo e por isso não está terminado. Este percurso académico foi impulsionador de um processo de desenvolvimento profissional e pessoal que prosseguirá em contínua construção.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trajeto percorrido até à elaboração deste trabalho decorreu da conjugação de um interesse profissional e um interesse pessoal pelas temáticas que aqui foram abordadas. A adolescência, fase de uma das mais importantes transições do desenvolvimento humano e a utilização de técnicas expressivas na intervenção com adolescentes para quem se revela necessária uma ajuda profissional que auxilie neste processo de transição. Neste contexto o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria pode ter um papel preponderante. Segundo Meleis (2010), o enfermeiro assume o papel de cuidador da pessoa em processo de transição, ajudando na preparação para as transições eminentes e facilitando a aprendizagem de novas competências necessárias a este processo.

Este percurso académico teve como um dos seus objetivos o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista SMP. Para tal, a realização do estágio relatado neste documento, bem como a elaboração deste trabalho tiveram um papel fundamental. Procurou-se desenvolver um corpo de conhecimentos teóricos nesta área, articulando-os com a prática de cuidados no desenvolvimento do processo de enfermagem de saúde mental aplicado aos adolescentes a que foram prestados cuidados. Desta forma, desenvolvendo competências de avaliação, diagnóstico e implementação de intervenções de enfermagem de SMP dirigidas à pessoa (adolescente) e procurando compreender as dinâmicas internas de cada adolescente e a sua rede relacional.

As intervenções implementadas foram desenvolvidas com recurso a técnicas expressivas. Estas técnicas são amplamente utilizadas em ambos os locais em que se decorreu o estágio (hospital de dia e internamento). Assim, integrou-se a equipa multidisciplinar de ambos os serviços, o que permitiu uma importante aprendizagem decorrente da observação dos enfermeiros dos serviços na implementação deste tipo de técnica, bem como dos constantes diálogos com estes acerca das situações clínicas, intervenções realizadas e planeamento de intervenções a realizar.

As intervenções realizadas tiveram lugar em contexto de grupo terapêutico. Cada grupo à sua maneira assumiu-se como espaço de partilha de ideias,

sentimentos e emoções, promotor do desenvolvimento psíquico dos participantes. Deste modo, as intervenções terapêuticas realizadas com recurso a técnicas expressivas com os adolescentes possibilitaram estes tivessem ganhos terapêuticos na interação uns com os outros e na interação com os terapeutas, pois possibilitou atribuir um significado ao seu sofrimento interno, possibilitou também o desenvolvimento da sua autonomia, da sua individualidade e a aprendizagem de competências sociais.

Com o desenvolvimento do estágio que aqui se relata, foi possível observar e experienciar a pertinência da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria com adolescentes com compromisso do processo de desenvolvimento, cujo objetivo é facilitar o processo de transição que é a adolescência e contribuir para a melhoria dos níveis de saúde dos adolescentes para os quais esta fase assume especial complexidade.

Este percurso foi pautado por algumas dificuldades sentidas que se prenderam com a inexperiência na intervenção com adolescentes e também pela inexperiência na utilização das técnicas expressivas. Para colmatar estas dificuldades contribuiu a articulação de conhecimentos teóricos com a prática de cuidados, em muito desenvolvida através da supervisão clínica dos enfermeiros orientadores que foi enriquecedora quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, na sua prática de cuidados, constitui-se como um instrumento terapêutico. É, então, fundamental o desenvolvimento pessoal, o aprofundamento do autoconhecimento, no sentido de aumentar a consciência de *si* na relação terapêutica. Esta foi uma necessidade que esteve presente ao longo de todo este percurso. Procurou-se atentar ao reconhecimento de emoções, sentimentos, reações e necessidades pessoais que emergem em contexto terapêutico, processos de transferência, processos de contratransferência e que pudessem de alguma forma interferir na relação terapêutica estabelecida com o indivíduo.

Considera-se desta forma ter-se conseguido o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), bem como o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde



mental e psiquiatria enunciadas no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (OE, 2010b).

No entanto, tem se presente que este é um processo que teve o seu início neste percurso académico, profissional e pessoal e que deverá ter a sua continuidade na nossa prática de cuidados.

No âmbito profissional, espera-se futuramente poder desenvolver projetos com grupos terapêuticos para adolescentes, na área da saúde mental e psiquiatria; inseridos numa equipa multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Anizan, B. (2004). Médiations et soins infirmiers en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*. (231) 16-19.
- Aventura Social & Saúde (2015). *Relatório do estudo HBSC 2014: A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Acedido em 30/06/2016. Disponível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618\\_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-8449-30-5.
- Bowlby, J. (1984). *Separação: angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.
- Bucho, J. L. C. (2011). *As Terapias Expressivas e o Barro: Veículo de Auto-conhecimento, Criatividade e Expressão*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Carvalho, R. (2013a). Um Amor do Coração: Arte-Terapia em Portugal – Uma perspectiva plurifacetada. *Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia* (3) 9-14.
- Carvalho, R. (2013b). Criação terapêutica nas instituições: teoria e técnica. *Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. (3) 15-29.

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-05-5.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: estratégias de intervenção* (volume 2). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-96263-2-4.
- Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*, Porto.
- Ferguson, W. J. & Goosman, E. (1991). A Foot in the door: Art therapy in the nursing home. *American Journal of Art Therapy*, 30(1).
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév. ISBN 978-989-96401-0-8.
- Fleming, M. (2010). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer. Psicologia da Adolescência* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento. ISBN 978-972-36-0769-7.
- Garcez, R. (2013). *NANDA International: Diagnosticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*. São Paulo: Artemed Editora, Lda. ISBN 978-85-65852-31-9.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-1059-8.
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-161-4.
- Guerra, M. P., Lima, L. & Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi. ISBN 978-972-796-339-3.

- Henriques, T. (2011). *O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequeninos*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8819-11-6
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*, Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-86-0.
- Martins, D. (2012). *Arte-Terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. Lisboa. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Belas Artes – Universidade de Lisboa.
- Matos, A. C. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-324-9.
- McCloskey, J. & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, (3ª ed.). São Paulo: Artmed editora, S.A. ISBN 85-7307-819-7.
- McKinney, J. P., Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1986). *Psicologia do desenvolvimento: o adolescente e o adulto jovem*. Rio de Janeiro: Campus. ISBN 85-7001-382-5.
- Medeiros, T. (2015). *Adolescência: desafios e riscos* (2ª ed.). Ponta Delgada: Letras Lavadas. ISBN 978-989-735-027-6.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, Vol 2(2), 49-65.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, ISBN 978-0-8261-0534-9.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=86d1d6af-5ddb-4b74-951b-3ce1679ee54d%40sessionmgr103>

- Moorhead, S., Johnson, M. & Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (3ª Ed.). São Paulo: Artmed Editora SA.
- Nabais, L. (2014). *Comportamentos de Risco em Adolescentes e Jovens Adulto da Região de Lisboa: Perspectivas de Prevenção*. Lisboa. Tese de Doutoramento. Universidade Aberta.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-14-2.
- Nyamathi, A., Branson, C., Kennedy, B., Salem, B., Khalilifard, F., Marfisee, M. ... Leake, B. (2012). Impact of Nursing Intervention on Decreasing Substances Among Homeless Youth. *The American Journal on Addictions*, 21, 558-565. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2012.00288.x.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2012). *Relatório ESPAD 2011: Consumo de substâncias entre os alunos em 36 países europeus*. Acedido em 23/06/2016. Disponível em: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/927/TD3012613PTC\\_399963.PDF](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/927/TD3012613PTC_399963.PDF)
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2016). *Relatório europeu sobre Drogas: Tendências e Evoluções 2016*. Acedido em 23/06/2016. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001PTN.pdf>
- Oliveira, L., Medeiros, M., Brasil, V., Oliveira, P & Munari, D. (2008). Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 432-438. Acedido em 17/12/2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_08.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização Mundial de Saúde (2017). Desarrollo en la adolescencia. Acedido em 03/11/2017. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Parvy, P. (2004). Art et thérapie, un rendez-vous à ne pas manquer. *Soins Psychiatrie*. (231), 35-37.
- Pereira, L. T. K., Godoy, D. M. A. & Terçariol, D. (2009). Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica. *Universidade do Sul de Santa Catarina, Universidade do Estado de Santa Catarina e Universidade do Vale do Itajaí*, 422-429. Acedido em 08/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc/v22n3/v22n3a13.pdf>
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. In. Loures: Lusociência.
- Philippini, A. (1995). Universo Junguiano e arteterapia. *Imagens da Transformação*. Rio de Janeiro, Pomar, 2(2), 4-11. Acedido em 03/12/2017. Disponível em: <http://arteterapia.org.br/pdfs/univers.pdf>
- Reynolds, B. (2009). Developing therapeutic one-to-one relationships. In Barker, P., *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring* (2ª ed.), (pp. 313-319). London: Hodder Arnold
- Rogers, C. (1976). *Grupos de Encontro*. (4ª Ed.) Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 978-989-8160-46-1.
- Sanches, M., Marques, A.P., Ortigosa, S., Freirias, A., Uchida, R. & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23. Acedido em 19/02/2017. Disponível em:

[http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2005/50\\_1/vlm50n1\\_4.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2005/50_1/vlm50n1_4.pdf)

Santos, J. (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Schmidt, M. & Nunes, M. (2014). O Brincar como Método Terapêutico na Prática Psicanalítica: Uma Revisão Teórica, *Revista de Psicologia da IMED*. 6(1), 18-24. Acedido em 10/03/2017. Disponível em: <file:///C:/Users/S%C3%B3nia/Downloads/Dialnet-PlayingAsATherapeuticMethod-5154961.pdf>

Silva, A. & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 23(2), 151-172. Acedido em 20/07/2016. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/177>

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (2016). Acedido em 06/07/2016. Disponível em: <http://arte-terapia.com/>

Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN 972-24-1403-8.

Souza, C. (2012). Psicoterapia de grupo em uma abordagem fenomenológico-existencial: um estudo exploratório. Acedido em 17/12/2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0289.pdf>

STERN, A. (1974). *A expressão*. Porto: Livraria Civilização-Editora.

Stuart. G. & Laraia, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. (4ªed). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Takata, Y. (2002). Supporting by a nurse teacher in a school infirmary using collage therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (56), 371-379.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-972-8930-61-5.

Valladares, A. & Novato, A. (2006). Aspectos transformadores da construção em arteterapia com adolescentes. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 3(1).

Acedido em 17/07/2017. Disponível em:  
<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/701/768>

Vinogradov, S., & Yalom, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Volpato, A., Heloisa, C., Zimmermann, H. & Kessler, F. (2004). Rotina de Avaliação do Estado Mental. Acedido em 19/02/2017. Disponível em:  
<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

World Health Organization (2003). *Trainers' Guide on Adolescent Mental Health Promotion*. New Delhi: World Health Organization.

Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. ISBN 12 978-0-465-09284-0.

Zimerman, D. (1997). Fundamentos teóricos. In Zimerman, D., Osorio, L. C. & Colaboradores. *Como Trabalhamos com Grupos* (pp.23-33). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-212-2.

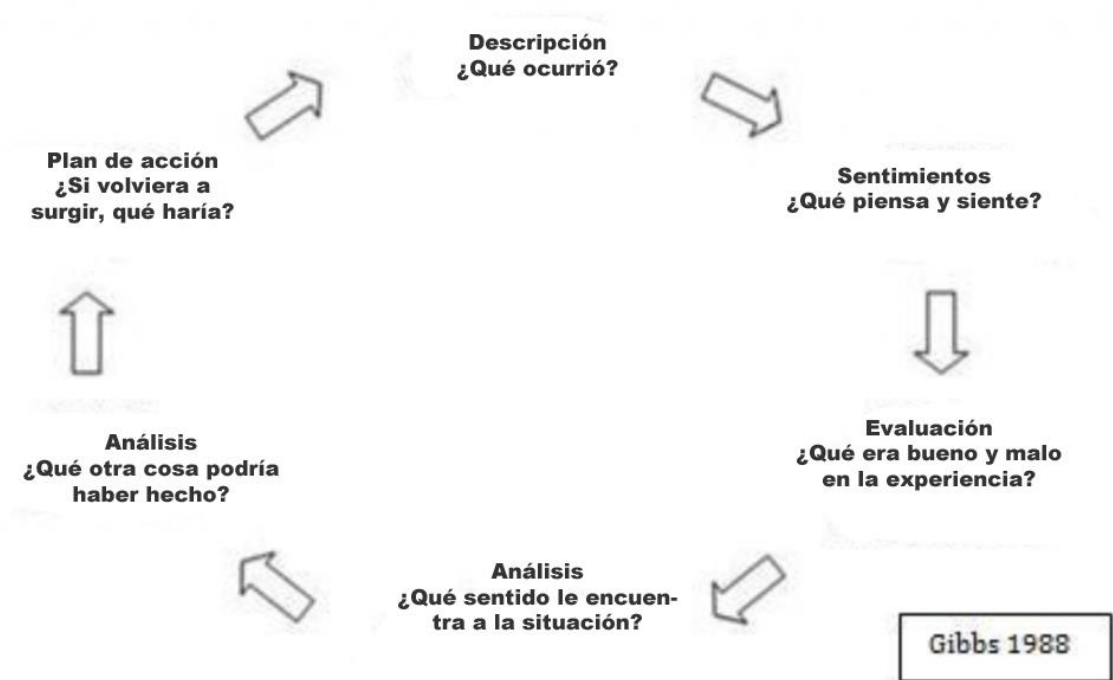


**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

Ciclo Reflexivo de Gibbs

## Ciclo Reflexivo de Gibbs



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

Atividade de Culinária – “Areias”

## **Plano de sessão**

### **Atividade de Culinária – “Areias”**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** Adolescentes que frequentem grupo terapêutico em HD

**Recursos:** Alguidar, tabuleiro, forno, ralador, ingredientes da receita (farinha, açúcar, manteiga, limão, canela)

**Objetivo terapêutico:** promover a execução de um processo com início, meio e fim (planeamento, execução e resultado); aquisição de competências de socialização; promoção da cooperação entre pares e desenvolvimento da coesão de grupo.

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duração</b>
Introdução à atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer como irá decorrer a atividade</li></ul>	10 min
Explicação e exploração dos materiais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer os diferentes passos da receita</li><li>• Tomar contato com os diferentes ingredientes e objetos e suas propriedades</li></ul>	10 min
Elaboração da receita	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover o cumprimento de um processo completo: início, meio e fim.</li><li>• Manipular os diferentes materiais</li><li>• Compreender a utilização dos diferentes utensílios</li><li>• Promover a cooperação entre pares</li><li>• Promover o trabalho em grupo</li></ul>	40 min
Lanche	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a interação social</li></ul>	20 min
Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encerrar a atividade</li><li>• Avaliar a atividade</li></ul>	10 min

## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade de Culinária – “Areias”**

**Participantes:** Gonçalo, Marco e Alexandre

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos			X		
Os elementos do grupo interagiram entre si			X		
Houve partilha de sentimentos e emoções				X	
A reflexão acerca da atividade foi importante				X	
Verbalizaram/ demonstraram-se satisfeitos com a atividade				X	

## **APÊNDICE 2**

Atividade Expressiva: Mímica



## **Plano de sessão**

### **Atividade Expressiva: Mímica**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** Adolescentes que frequentem grupo terapêutico em HD

**Recursos:** sala de atividades do hospital de dia, jogo da mímica

**Objetivo terapêutico:** autoconhecimento; o reconhecimento de emoções e sentimentos no outro e estimular a expressão de diferentes emoções e sentimentos.

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duração</b>
Introdução à atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Receber os participantes</li><li>• Apurar como está cada um dos adolescentes.</li></ul>	20 min
Explicação da atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer a atividade</li><li>• Dar a conhecer os elementos do jogo (materiais)</li><li>• Explicar forma de jogar e as regras do jogo</li><li>• Formar equipas</li></ul>	10 min
Jogar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a cooperação entre pares</li><li>• Estimular a criatividade</li><li>• Estimular a expressão corporal</li><li>• Estimular a expressão de emoções e sentimentos</li><li>• Promover o reconhecimento de emoções e sentimentos no outro</li></ul>	30 min
Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encerrar a atividade</li><li>• Avaliar a atividade</li></ul>	20 min

## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade Expressiva: Mímica**

**Participantes:** Grupo 2 – Gonçalo e Artur

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos				X	
Os elementos do grupo interagiram entre si				X	
Houve partilha de sentimentos e emoções			X		
A reflexão acerca da atividade foi importante				X	
Verbalizaram/demonstraram-se satisfeitos com a atividade				X	

## **APÊNDICE 3**

Atividade Expressiva: Desenho – Autorretrato

## **Plano de sessão**

### **Atividade Expressiva: Autorretrato**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** Adolescentes que frequentem grupo terapêutico em HD

**Recursos:** sala de atividades do hospital de dia, lápis de carvão, lápis de cera, lápis de cor, canetas de feltro, pastel, folhas brancas A3

**Objetivo terapêutico:** autoconhecimento

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duração</b>
Introdução à atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Receber os participantes</li><li>• Apurar como está cada um dos adolescentes.</li></ul>	10 min
Explicação da atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer a atividade</li><li>• Explicar os objetivos da atividade</li><li>• Facultar materiais disponíveis</li></ul>	10 min
Execução do autorretrato	<ul style="list-style-type: none"><li>• Expressar o autoconceito</li><li>• Promover a tomada de consciência de si</li></ul>	30 min
Discussão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar-se a conhecer</li><li>• Discussão das produções de cada participante</li></ul>	30 min
Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a atividade</li><li>• Encerrar a sessão</li></ul>	10 min

## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade Expressiva: Autorretrato**

**Participantes:** Grupo2 – Gonçalo, Artur, Vanda, Susana

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos				X	
Os elementos do grupo interagiram entre si		X			
Houve partilha de sentimentos e emoções				X	
A reflexão acerca da atividade foi importante				X	
Verbalizaram/demonstraram-se satisfeitos com a atividade			X		

## Ilustração da Atividade



Figura 1 - Autorretrato



Figura 2 - Autorretrato

## **APÊNDICE 4**

Atividade Expressiva: Desenho – Os meus Dragões

## **Plano de sessão**

### **Atividade Expressiva: Os meus Dragões**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

**Recursos:** sala de atividades, folha de papel A3, lápis e canetas, cola, “dragões”

**Objetivo terapêutico:** Identificação de papéis, Identificação de medos

Atividade	Objetivos	Duração
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação dos papéis que desempenha nas diferentes áreas da vida</li></ul>	20 min
Atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação de medos</li><li>• Tomar consciência das suas reações perante o medo</li></ul>	30 min
Apresentação e discussão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver novas competências para lidar com os seus “medos”</li></ul>	20 min
Conclusão da sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encerrar a atividade</li><li>• Avaliar a atividade</li></ul>	10 min



## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade Expressiva: Os meus Dragões**

**Participantes:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos					X
Os elementos do grupo interagiram entre si				X	
Houve partilha de sentimentos e emoções				X	
A reflexão acerca da atividade foi importante					X
Verbalizaram/demonstraram-se satisfeitos com a atividade				X	

## Ilustração da Atividade

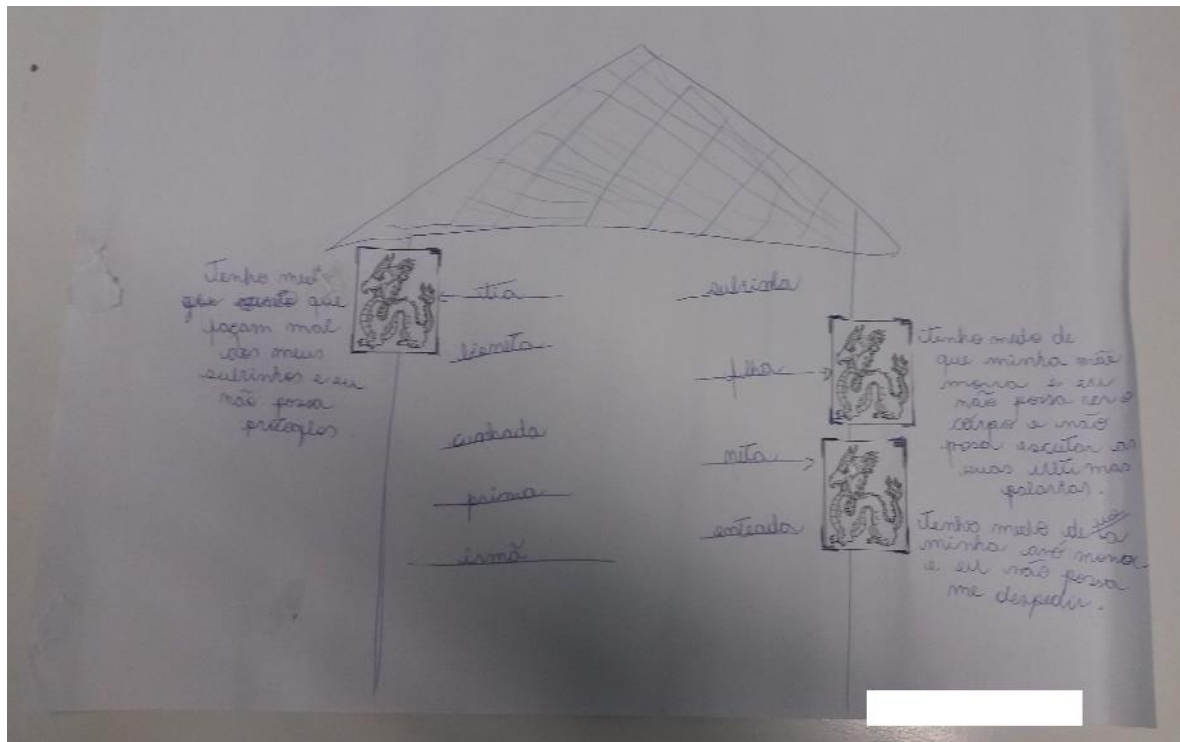


Figura 3 - Os meus Dragões

## **APÊNDICE 5**

Atividade Expressiva: Desenho – O meu Brasão

## **Plano de sessão**

### **Atividade Expressiva: O meu Brasão**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

**Recursos:** sala de atividades, folhas brancas, canetas de feltro, lápis de cor

**Objetivo terapêutico:** Autoconhecimento

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duração</b>
Explicação da atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer a atividade</li><li>• Explicar como decorrerá a atividade</li></ul>	5 min
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a cooperação entre pares</li><li>• Promover a coesão grupal</li></ul>	20 min
Atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexão pessoal</li><li>• Identificação de características individuais</li></ul>	35 min
Apresentação e Discussão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Partilha com o grupo – dar-se a conhecer</li><li>• Partilha com o grupo – conhecer o outro</li></ul>	20 min
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a atividade</li></ul>	10 min

## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade Expressiva: O meu Brasão**

**Participantes:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos					X
Os elementos do grupo interagiram entre si				X	
Houve partilha de sentimentos e emoções				X	
A reflexão acerca da atividade foi importante					X
Verbalizaram/demonstraram-se satisfeitos com a atividade				X	

## Ilustração da Atividade



Figura 4 - O meu Brasão

## **APÊNDICE 6**

Atividade de Relaxamento

## **Plano de sessão**

### **Atividade de Relaxamento**

**Duração:** 90 minutos

**Destinatários:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

**Recursos:** sala de atividades, folhas brancas, caneta, computador com acesso a internet.

**Objetivo terapêutico:** Autoconhecimento / Relaxamento

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Duração</b>
Explicação da atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar a conhecer a atividade</li><li>• Explicar como decorrerá a atividade</li></ul>	10 min
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a cooperação entre pares</li><li>• Promover a coesão grupal</li></ul>	20 min
Atividade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a procura de bem estar de forma autónoma</li><li>• Identificação de características individuais</li><li>• Identificação de estratégias que auxiliem ao relaxamento</li><li>• Promover a identificação de emoções</li><li>• Promover a verbalização de emoções</li><li>• Refletir sobre as diferenças interpessoais e a importância de respeitar o outro</li></ul>	45 min
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a atividade</li></ul>	15 min



## **Avaliação da Atividade**

### **Atividade: Relaxamento com música**

**Participantes:** indivíduos internados no serviço de pedopsiquiatria

	Nada 1	Muito pouco 2	Pouco 3	Bastante 4	Muitíssimo 5
Os elementos do grupo foram ativamente participativos					X
Os elementos do grupo interagiram entre si					X
Houve partilha de sentimentos e emoções				X	
A reflexão acerca da atividade foi importante				X	
Verbalizaram/demonstraram-se satisfeitos com a atividade					X

## **APÊNDICE 7**

Estudo de Caso – Débora

## **ÍNDICE**

Introdução

1. A adolescente
2. Quadro clínico
  - 2.1. Avaliação inicial
  - 2.2. Avaliação do estado mental
  - 2.3. Antecedentes pessoais
3. O internamento
4. Psicopatologia do Adolescente
5. Transição: um conceito central em enfermagem
6. Terapias Expressivas
7. Intervenção no internamento
8. Plano de Cuidados de Enfermagem

Referências Bibliográficas

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - "O meu Brasão"

Figura 2 - "Os meus Dragões"

## INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Assim, durante a realização do Estágio num serviço de internamento de pedopsiquiatria e por forma a contribuir para a formação e consolidação de conhecimentos procede-se á realização de um estudo de caso.

O estudo de caso é um método amplamente utilizado no estudo da enfermagem. Pode ser caracterizado como o estudo de um fenómeno específico, que poderá ser um programa, uma instituição ou uma pessoa. É uma investigação que se debruça sobre uma situação específica, no seu contexto real e analisa-a, procurando a sua compreensão. Implica a recolha de dados que deverá ser sistemática. Não dispensa o recurso aos conhecimentos teóricos já existentes na sua fundamentação (Meirinhos, 2010).

Pereira, Godoy & Terçariol (2009, p. 424) apoiando-se em Goode & Hatt (1973) diz que o “estudo de caso caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo”.

Com este documento pretende-se proceder ao estudo de um caso clínico referente a uma adolescente internada num serviço de pedopsiquiatria. Debruça-se sobre o caso de uma adolescente de 14 anos, cujo internamento se deu no decorrer da realização do estágio, já referido anteriormente.

Inicia-se com a apresentação da adolescente e sua história. De seguida passar-se-á à descrição do quadro clínico, de forma cronológica e avaliação inicial efetuada. Num terceiro capítulo descreve-se a forma como decorreu o internamento.

Segue-se o quarto, quinto e sexto capítulos em que se procede a uma abordagem teórica da adolescência, da teoria das transições de Meleis e das terapias expressivas. Termina-se com a exposição da intervenção realizada durante o internamento.

## 1 – A ADOLESCENTE

Débora é uma adolescente no início da adolescência, migrante, desde há um ano a residir na área da grande Lisboa. A sua aparência física, não está em concordância com a sua idade cronológica, aparentando ser mais velha. Veste-se de acordo com a sua idade, usando calças de ganga, sweatshirt e ténis.

Débora é filha única. O seu agregado familiar é, atualmente, constituído por si, pela sua mãe e uma familiar próxima. O seu pai, restante família e pessoas significativas permanecem no país de origem.

Os pais da adolescente estão separados desde a sua primeira infância. Após a separação dos pais ficou aos cuidados da sua mãe até à idade escolar, altura em que por decisão judicial a guarda parental de Débora é atribuída ao seu pai mas a, então criança, acaba por ficar algum tempo aos cuidados de uma outra familiar próxima, com quem mantinha uma relação de grande proximidade.

Mais tarde, cerca dos 10 anos, volta a residir com o pai e a sua companheira de então. É por esta altura que Débora começa a acompanhar o pai, a concertos. Neste contexto a adolescente tem o seu primeiro contato com substâncias psicoativas (SPA), iniciando o consumo de álcool e haxixe, que mantém atualmente.

Entretanto regressa aos cuidados de uma familiar próxima até à sua vinda para Portugal.

O seu percurso escolar decorreu de forma irregular, tendo estado em absentismo escolar durante o último ano antes da sua vinda para Portugal. Atualmente está inscrita no 3º ciclo do ensino básico desde o início do presente ano letivo, mas deixou de ir à escola por não conseguir *“acompanhar a matéria e não gostar das pessoas”* (sic).

## **2 – QUADRO CLÍNICO**

Débora chegou ao serviço de internamento, acompanhada pela mãe, proveniente do serviço de urgência, ao qual recorreu por ingestão medicamentosa voluntária (IMV).

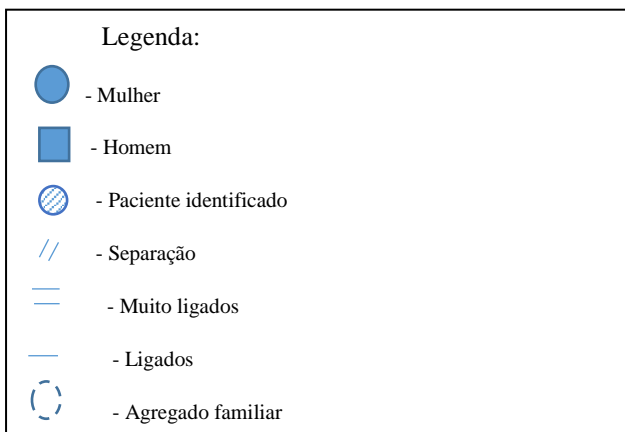
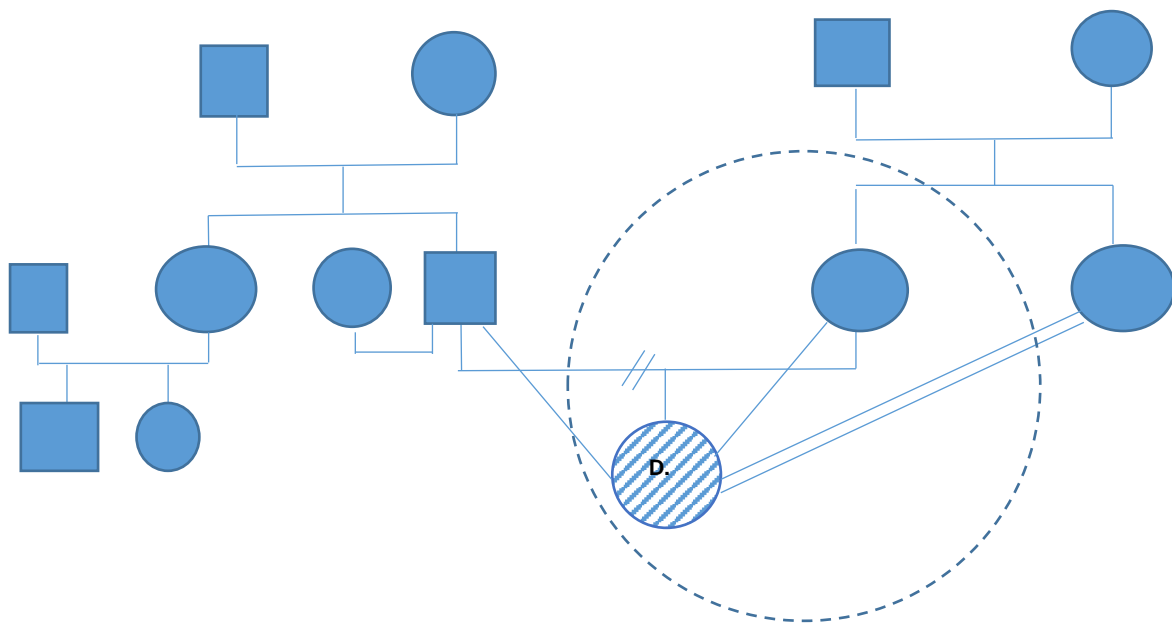
A entrevista inicial é feita em conjunto com a mãe. Neste momento a relação entre ambas é tensa.

Na história clínica lê-se que a IMV aconteceu após uma discussão entre a adolescente e a mãe. O que terá acontecido dois dias antes do internamento.

No dia da discussão, após a mesma, a mãe terá saído de casa, tendo Débora ficado sozinha. Neste momento a adolescente fez intoxicação medicamentosa por ingestão de estabilizador do humor. De seguida, sentindo-se sonolenta, foi dormir. Quando acordou sentiu-se mal disposta e vomitou. Após isto terá ligado a uma familiar próxima a pedir ajuda, que percebendo a gravidade da situação, informou a mãe do sucedido e levou a adolescente até à urgência hospitalar. Mais tarde a mãe terá ido ter com ambas ao hospital.

Entre a ingestão e a chegada ao serviço de urgência terão decorrido cerca de 6 horas. Nas horas seguintes à sua chegada ao serviço de urgência, permaneceu em vigilância, tendo sido transferida para o serviço de internamento de pedopsiquiatria cerca de 48 horas após a IMV, por manter ideação suicida.

## Genograma Familiar:



### 2.1. – Avaliação Inicial

O primeiro contato com a adolescente dá-se no momento da sua entrada no serviço de internamento, proveniente do serviço de urgência.

Apresenta pele e mucosas secas. Mucosas íntegras. Pele com cicatrizes, por antigas lesões de automutilação (feitas enquanto permaneceu no país de origem).

Cumprir dieta geral no domicílio, com restrição de algumas refeições.

Sem apresentar alteração do padrão vesical ou intestinal, sendo continente e independente na satisfação de ambas.

Autónoma nos cuidados de higiene e autocuidado.

Quanto à mobilidade, não apresenta alterações da marcha. Com força muscular, sensibilidade e equilíbrio mantidos. Apresenta proporcionalidade corporal, com movimentos ponderados e coordenados.

Sem alterações da acuidade visual e/ou auditiva.

## **2.2. – Avaliação do estado mental**

No primeiro contato Débora, esta encontrava-se consciente e vígil; orientada auto e alopsiquicamente; pouco colaborante na realização da entrevista.

Vestia pijama hospitalar, pois havia sujado a sua roupa por ter vomitado no serviço de urgência. Manifesta preocupação quanto ao autocuidado, referindo *“preciso tomar um banho”* (sic). Após a entrevista inicial foi possibilitado que realizasse a sua higiene pessoal, sendo que o fez de forma autónoma e tendo-se vestido de acordo com a sua idade.

Estabelece contacto visual pontualmente, permanecendo a maior parte do tempo a olhar noutra direção. Apesar de estar acompanhada da mãe raramente estabelece contato visual com a mesma.

Expressão facial apreensiva. Humor deprimido.

Memória mantida. Relata acontecimentos do passado recente, bem como do passado mais longínquo.

Aparentemente sem alterações sensório-percetivas.

Com lentificação do pensamento.

Discurso provocado, coerente, utilizando sobretudo frases curtas.

Refere insónia inicial. Fica acordada até tarde. Refere deitar-se cerca das *“2 ou 3 da manhã”* (sic). Refere dificuldade em acordar cedo, sendo este fato apontado como um dos motivos para as consecutivas faltas à escola.

Sem insight. Sem crítica para o seu comportamento.



### 2.3. – Antecedentes pessoais

No país de origem iniciou consumo de haxixe e bebidas alcoólicas aos 10 anos, e posteriormente terá experimentado cocaína. O início de consumos de substâncias terá ocorrido em contexto de concertos de música. Débora diz *“todo a gente fumava, aí eu experimentei também”* (sic). Segundo a adolescente, *“a cocaína foi uns meses só”* (sic).

À data era o pai quem detinha o poder parental e, portanto, com quem a adolescente coabitava, juntamente com a companheira do pai. Segundo a Débora, por ter um relacionamento conflituoso com a madrastra saiu de casa do pai indo viver para casa de uma familiar próxima, com quem já anteriormente havia vivido e que para Débora é uma pessoa significativa.

Ainda no país de origem, há história de fugas de casa relatadas pela mãe e também pela própria que diz que *“havia a casa de uns amigos e ficávamos lá”* (sic). Cerca dos 12 anos acabaria por abandonar a escola, que já frequentava de forma irregular. Nesta altura, a par do consumo de substâncias, envolve-se em comportamentos delinquentes.

Em consequência dos acontecimentos referidos há um processo judicial do qual, segundo refere Débora, resulta a decisão de que *“ou ia para uma instituição ou vinha para Portugal ter com a minha mãe”*. Esta informação é corroborada pela mãe que já se encontrava em Portugal há alguns anos, diz ter-se mobilizado para conseguir trazer Débora para o país. Segundo nos diz, *“eu já tinha tentado mas como era o pai que tinha a guarda e ele não autorizava, não deu”* (sic), continua dizendo, *“agora consegui enviar o dinheiro para ela vir”* (sic). Assim, na data de internamento, Débora encontra-se em Portugal desde há cerca de um ano.

Segundo a mãe a adaptação tem sido difícil. Refere relacionamento conflituoso com a filha e ter dificuldade em estabelecer limites. Fala de fugas de casa, faltas frequentes à escola, estando no momento de internamento, em recusa escolar desde há alguns meses. Fala-nos dos consumos de haxixe da filha, *“ela fuma aquelas coisas, lá em casa também”* (sic), sendo este mais um fator de conflito.

Débora é atualmente acompanhada em consulta de pedopsiquiatria e psicologia, num projeto de intervenção para adolescentes com consumos de SPA

ativos, com fraca adesão. Quando questionada, a mãe diz, *“faltámos à última consulta porque esqueci”* (sic). Nesta data ainda não havia remarcado consulta. A mãe refere que Débora não cumpria a terapêutica prescrita; que estaria a cargo da adolescente. Foi esta a medicação utilizada na IMV.

Quanto à rede de amigos, a mãe diz que Débora se relaciona, sobretudo com pessoas no contexto de consumos. Ainda a mãe, relata a existência de encontros com pessoas que a adolescente conhecia através de redes sociais da internet, sem que se saiba o que acontecia durante esses encontros e desconhece grupo de amigos da escola.

Débora diz não se relacionar com ninguém porque *“não gosto das pessoas, elas só têm interesse nas minhas coisas, nos meus cigarros e assim”* (sic). Diz que quando ia à escola preferia passar o tempo sozinha. Relata que ficava com os fones a ouvir música para ninguém a incomodar. Ainda que questionada relativamente a grupo de amigos também fora da escola, não fala da sua existência.

Considerando a avaliação realizada e as necessidades de saúde físicas, psicológicas e espirituais evidenciadas elaborou-se o plano de cuidados (apresentado no final deste documento), que se organiza de acordo com a classificação NANDA/NIC/NOC. Assim foram levantados os diagnósticos de enfermagem:

- ❖ Interação social prejudicada r/c dissonância sociocultural m/p recusa de interação social, recusa escolar;
- ❖ Risco de uso de substâncias psicoativas r/c história de consumos atual;
- ❖ Risco de falta de adesão à terapêutica r/c anterior recusa m/p comportamento indicativo de falta de adesão;
- ❖ Risco de suicídio r/c história de tentativa de suicídio anterior;
- ❖ Processos familiares disfuncionais r/c dinâmicas familiares perturbadas m/p relação mãe-filha tensa.

Para cada um dos diagnósticos de enfermagem foram definidas atividades e intervenções de enfermagem a realizar.

Posteriormente precedeu-se à reavaliação da adolescente e avaliação do plano de cuidados.

### 3 – O INTERNAMENTO

O internamento decorre sem grandes intercorrências. Ainda nos primeiros dias de internamento, refere sentir como benéficas as rotinas do serviço; que a ajudam a organizar-se. Aborda as diferenças com as suas rotinas em casa, nomeadamente no que se refere a horários de refeição e de sono. Em casa não havia horários estabelecidos.

Na fase inicial, não tem iniciativa para atividades recreativas, permanecendo sentada no sofá da sala de convívio do serviço sem interagir, quer com os pares, quer com os técnicos. Ainda assim, adere às atividades recreativas quando lhe são propostas, passando posteriormente a ser autónoma e ter iniciativa para este tipo de atividade. Tem preferência por pintura de desenhos, atividade que faz em conjunto com outras adolescentes, e jogos de tabuleiro jogados em grupo.

Débora, progressivamente, adere às intervenções terapêuticas realizadas pelos técnicos do serviço. Numa fase inicial está presente nas atividades mantendo uma postura observadora e pouco participativa. Após alguns dias de internamento apresenta maior empenho nas atividades terapêuticas, participando ativamente. Refere senti-las como benéficas; diz *“faz pensar nas coisas e isso é bom”* (sic).

Com contacto adequado, tanto com os técnicos como com o grupo de pares. A expressão facial apreensiva inicial dá lugar a uma expressão facial tranquila. Adere ao regime de terapêutica medicamentosa. Entende a sua necessidade e reconhece os benefícios da mesma. Nega insónia.

Mantém o seu discurso em torno das questões relativas à sua situação familiar, aos consumos, e à sua vida no país de origem

Na terceira semana de internamento é-lhe proposto que retome as consultas no projeto de intervenção para adolescentes onde era já, anteriormente, acompanhada. Aceita esta nova intervenção e adere às consultas semanais; às quais é acompanhada por um técnico do serviço, não havendo intercorrências a registar.

Ao longo do internamento Débora recebeu visitas da mãe e de uma familiar próxima. Inicialmente foi necessário que as visitas da mãe fossem mediadas pelos técnicos devido a relação tensa. Foram, também, utilizados mediadores como o jogo e pintura durante estas visitas. Ambas acolheram bem este tipo de intervenção, tendo sido auxiliadora na melhoria da relação mãe-filha.

No decorrer do internamento foi notória uma evolução da relação mãe-filha, que progressivamente se foi transformando numa relação com afeto presente e com uma comunicação mais eficaz. A necessidade de mediação das visitas foi, progressivamente, deixando de existir. As visitas realizadas por um familiar próxima, foram frequentes e decorreram sempre de forma tranquila, não havendo necessidade de que as mesmas fossem mediadas pelos técnicos.

O passo seguinte seria que a visita tivesse um momento de ida ao exterior do serviço. Uma vez que, segundo avaliação realizada pela equipa multidisciplinar, as visitas no interior estavam a decorrer de forma calma e a evolução de Débora era positiva, não evidenciava ideação suicida e o risco de fuga era inexistente; houve autorização para que tal pudesse passar a acontecer. A adolescente mostrou-se bastante agradada com a possibilidade de sair ao exterior. As visitas que tiveram lugar no exterior do serviço decorreram de forma calma e, aparentemente, sem intercorrências.

Como plano terapêutico para o pós-internamento foi definido a continuidade de acompanhamento de psicologia e pedopsiquiatria no serviço a que Débora já estava referenciada e cujas consultas retomou ainda durante o internamento, conforme referido anteriormente. Ponderava-se o eventual encaminhamento a comunidade terapêutica para adolescentes. Este plano foi aceite pela mãe e pela própria adolescente.

## 4 – PSICOPATOLOGIA DO ADOLESCENTE

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que decorre a transição da infância até à idade adulta. Considerando a definição que nos é trazida pela OMS que define a adolescência como o período dos 10 aos 19 anos, em que ocorre o processo pubertário e a transição de criança a adulto.

Braconnier & Marcelli (2000, p. 59) falam-nos de “três tipos de processo de adolescência”, sendo eles o crescimento contínuo, o crescimento por ondas e o crescimento tumultuoso. Para o presente estudo de caso interessa focar o *crescimento tumultuoso*. Ainda os mesmos autores descrevem como fazendo parte deste grupo os adolescentes que mais frequentemente têm baixa autoestima, que têm maior dependência dos pais e que “manifestam problemas comportamentais e familiares muitas vezes conflituais” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 59). Neste grupo a ansiedade e depressão têm maior expressão, quando comparados com os outros dois grupos identificados pelos autores. Referem que existem “dois riscos psicopatológicos essenciais da adolescência” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 64), que são a depressão, a dependência (aos pais) e as procuras de substituição.

São vários os autores que identificam como sendo uma fase marcada pela dualidade entre o ser dependente e de alguma forma o desejar continuar a ser e o desejo de independência da figura parental. Como nos diz Flemming (2010, p.38) “o adolescente tem o desejo de vir a tornar-se um ser humano independente”. Esta busca de si, enquanto ser independente, traz sentimentos como medo e ansiedade e em simultâneo a necessidade de os atenuar.

Assim, o adolescente busca formas de atenuar os seus sentimentos de ansiedade, medo, depressão que se podem traduzir em comportamentos desajustados das convenções sociais e, eventualmente, comportamentos que acarretam risco para a saúde física e mental do adolescente. Podem surgir comportamentos de isolamento, comportamentos agressivos, a procura de refúgio no grupo de pares, comportamentos sexuais de risco, alterações no padrão alimentar, alterações no padrão de sono, consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, (Flemming, 2010; Matos, 2012; Braconnier & Marcelli, 2000).

No caso em estudo a adolescente tem o primeiro contacto com haxixe e álcool cerca dos 10 anos de idade, mantendo o consumo de ambas as substâncias até atualmente. O seu primeiro contacto com cocaína dá-se pouco tempo depois, referindo que consumiu “*uns meses só*” (sic), nega manter consumos. Esta informação é confirmada pelos testes de despiste realizados no serviço de urgência, que tiveram resultado positivo para tetrahydrocannabinol (THC) e negativo para as restantes substâncias pesquisadas.

A par desta história de consumos, há uma importante história de consecutivas perdas, de separação e de rotura de vínculos.

A vinculação tem como função criar a “base para os sentimentos de proteção e de segurança na criança” (Fleming, 2010, p. 21). Desde muito cedo, no caso em estudo, este processo foi comprometido a vários níveis. A vinculação mãe-bebé comprometida por uma mãe que se descreve dizendo “*fui uma mãe ausente*” (sic). A mãe refere que Débora ficava longas horas aos cuidados da madrinha para que pudesse trabalhar. Relativamente à relação pai-filha é descrita como sendo uma relação distante.

Toda a infância e início da adolescência de Débora tem sido marcada por constantes momentos de separação. A separação dos pais, provocando um maior afastamento do seu pai. Posteriormente a mudança da casa da mãe para casa do pai. Depois a mudança de casa do pai para casa de uma familiar próxima. E, finalmente, a mudança de país, que acontece de algum modo de forma compelida por uma questão judicial. Cada episódio de separação levou a uma perda. Uma perda de um vínculo. Uma perda de uma rotina. Uma perda da realidade por si conhecida.

Ser migrante, consumir SPA, separação dos pais, conflitos familiares são fatores de risco de tentativa de suicídio referidos por vários autores, Marcelli & Braconnier (2005), Neeb (2000), Thowsend (2011). Como vimos, a adolescente reúne todos estes fatores.

Estados depressivos surgem frequentemente associados às tentativas de suicídio. Marcelli & Braconnier (2005, p.285) falam-nos de diferentes tipos de depressão no adolescente, entre os quais identificam a “*depressão de abandono*” na qual enquadram os adolescentes nos quais estão presentes sentimentos de

abandono, sentimentos de vazio e lembranças de separação traumática. Os autores referem que em adolescentes com este tipo de depressão são comuns comportamentos que visam o preenchimento do vazio. Comportamentos como por exemplo o consumo de substâncias e relações sexuais desajustadas. Comportamentos estes que estão presentes no caso em estudo. Há evidência de que Débora mantém consumo de substâncias.

Importa abordar o ambiente familiar. Um contexto familiar confuso, que não exerce as suas funções de proteção, segurança, afeto, estabelecimento de regras e rotinas, comprometendo o desenvolvimento de Débora desde a primeira infância até à atualidade.

O adolescente depara-se com a dificuldade de “como diferenciar-se do outro, em particular da sua família, sem ir até à rejeição, mais ou menos violenta, do que vem dessa família; e, por outro lado, uma vez operada a diferenciação, saber reconhecer-se numa família, numa história” Braconnier & Marcelli (2000, p. 74). No caso em estudo o conflito familiar, tendo em conta toda a história familiar, assume especial importância.

Os diversos autores referem o ambiente em que o adolescente se encontra como fator com importante influência na forma como esta fase se desenrola. Também fatores individuais devem ser tidos em conta na avaliação que se faz ao adolescente. Marcelli & Braconnier (2005) dizem-nos que na compreensão da problemática do adolescente deverão ser tidos em conta os fatores do ambiente social e coletivo, bem como os fatores individuais e psicopatológicos.

No caso em estudo fatores ambientais assumem uma importante relevância. Como já referido anteriormente, o ambiente familiar não provém as necessidades de segurança, pertença e vinculação. A adolescente vivenciou os seus primeiros anos de vida num ambiente com normas e valores diferentes dos do ambiente em que está atualmente inserida. Este poderá ser fator de maior dificuldade na transição da adolescência.

Importa assim, auxiliar a adolescente na adaptação a um novo ambiente, uma nova sociedade, sem que esta adolescente corra o “risco de ver a sua personalidade dissolver-se”, Braconnier & Marcelli (2000, p. 74).

## 5 – TRANSIÇÃO: UM CONCEITO CENTRAL EM ENFERMAGEM

Meleis (2010) considera que *transição* é a passagem de uma fase de vida, de um estado ou condição para uma outra fase, outro estado ou outra condição. Esta passagem implica um processo que tem um início, um decorrer e um fim.

Este processo é desencadeado por uma mudança no estado de saúde, nas expectativas ou habilidades, ou nos papéis relacionais. É um processo que se realiza no tempo, envolve a vivência de emoções e implica desenvolvimento de novas relações, novos papéis e novas competências.

A autora identifica quatro tipos de transições: a desenvolvimental, a situacional, a de saúde-doença e a organizacional (Meleis, 2010). No caso em estudo considera-se que estão envolvidos três tipos de transição; uma transição situacional, uma vez que a adolescente mudou recentemente de país, a transição desenvolvimental que a adolescência representa e a transição de saúde-doença.

A transição saúde-doença está associada a uma mudança no desempenho de papéis que resulta de uma alteração do estado de saúde da pessoa, isto é, uma alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica.

Pode-se dizer que no caso em estudo a adolescente está a viver um processo transicional. A adolescência por si só um processo de transição desenvolvimental. Esta adolescência decorre ao mesmo tempo que decorre um processo saúde-doença mental.

A forma como as transições decorrem dependem da sua natureza, das condições em que ocorrem, quer sejam inibidoras, quer facilitadoras e dos padrões de resposta ao processo de transição (Meleis, 2010).

A intervenção de enfermagem pretende, neste caso, facilitar o processo de transição, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde mental de Débora.

A autora sugere três tipos de intervenção de enfermagem. A primeira intervenção assenta na avaliação da aptidão do indivíduo. Isto exige que haja uma avaliação de cada uma das condições da transição, de forma a identificar os padrões da experiência de transição para a pessoa que se avalia.



A segunda intervenção refere-se à preparação do indivíduo para a transição. Ocorre antes do processo de transição ter o seu início e pretende ser facilitador de todo o processo.

A terceira medida terapêutica consiste na suplementação de papel. Esta intervenção mostra-se necessária quando o novo papel não é percebido ou atingido pelo indivíduo, quando há uma insuficiência no desempenho do papel.

É necessária a clarificação do papel e o efetivo desempenho do mesmo, isto é, que o indivíduo adquira compreensão do que é o novo papel e que adquira, também, competências que permitam o seu desempenho.

A suplementação de papel pode ser uma intervenção tanto preventiva como terapêutica, dependendo do momento em que acontece (Meleis, 2010). No caso em estudo entende-se como sendo uma intervenção terapêutica. Débora carece de que haja uma clarificação de papéis, uma clarificação dos vários papéis que desempenha na sua vida.

A adolescência é considerada uma fase importante de transição no desenvolvimento humano. Nesta fase o indivíduo vivencia a transição de criança a adulto. Considerando os ensinamentos de Meleis (2010), Débora encontra-se numa transição desenvolvimental. Fase de múltiplas transformações de ordem física e psicológica, da construção da identidade, entre muitos outros desafios. É uma fase de aquisição de novos papéis.

É um processo durante o qual ocorre a transição de um corpo de criança para um corpo adulto. Também ocorre a transição de criança a adulto, isto é, o adolescente deixa de ter o papel de criança e no final desta fase do desenvolvimento (processo de transição) é esperado que passe a assumir o papel de adulto. Esta transição tem ocorrido de forma desajustada, no caso em estudo. Débora muito precocemente teve experiências que seria expectável que, a acontecerem, ocorressem mais tarde (frequentar recintos de diversão noturna, os primeiros contactos com álcool, o consumo de drogas, início de vida sexual ativa). É necessário auxiliar a adolescente a entender que papéis é esperado que desempenhe e, também, que compreenda de que forma os deverá desempenhar.

Importa que o enfermeiro reconheça a adolescência como processo de transição, que caracterize a sua natureza, as condições que a facilitam, as condições que a dificultam, bem como os padrões de resposta de cada um dos indivíduos. No caso em estudo importa ter em conta a condição de saúde-doença de Débora que assume aqui um importante papel, e também todo o contexto em que decorre o seu desenvolvimento.

Com este entendimento poderá desenvolver a sua intervenção com o objetivo de facilitar a transição e contribuir para a melhoria dos níveis de saúde desta adolescente para quem esta fase assume especial complexidade.

## **6 – TERAPIAS EXPRESSIVAS**

No serviço de internamento em que aqui se refere, uma das respostas oferecidas aos utentes referem-se a intervenções terapêuticas com recurso a mediadores expressivos. A Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (SPAT) faz referência a Carvalho (2001) que afirma que a Arte-Terapia é um método de tratamento para o desenvolvimento pessoal, que incorpora no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos. A relação terapêutica é fundada na interação entre o sujeito (criador), o objeto de arte (criação) e o terapeuta (recetor).

Recorrendo ao mesmo autor, a SPAT afirma que a comunicação, o ensaio de relações objetais e reorganização dos objetos internos, a expressão emocional significativa, o aprofundar do conhecimento interno, são facilitados. Há uma libertação da capacidade de pensar e da criatividade.

Segundo Ferraz (2009), a terapia pela arte: facilita a expressão emocional e a elaboração psíquica de sentimentos difíceis de verbalizar; estimula a imaginação, o raciocínio e a criatividade; estimula o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a melhoria da qualidade de vida; facilita a comunicação e relacionamento consigo mesmo e com os outros; facilita a expressão verbal; tem um papel de reabilitação, de conhecimento e de desenvolvimento pessoal resultando num aumento da confiança e da autoestima; estimula a autonomia e transformação interna.

Neste contexto o papel do terapeuta é o de proporcionar um impulso criativo ao cliente, levando-o pelos caminhos possíveis. Deve ter uma postura acolhedora, acompanha sem julgar, não abandona. Promove “a mudança do padrão consciencial, abrindo a mente dos participantes para outras realidades emocionais e possibilidades de outras respostas frente à vida, aos desafios e frente a si mesmo” (Ferraz, 2009, p. 25).

Takata (2002) demonstra com os seus estudos de caso que a intervenção de enfermagem com adolescentes com compromisso do desenvolvimento pode obter resultados positivos recorrendo a este tipo de técnica.

## 7 – INTERVENÇÃO NO INTERNAMENTO

Durante todo o internamento Débora integra todas as atividades terapêuticas propostas, que decorrem em dois momentos ao longo do dia. Estas intervenções são planeadas e executadas pelos enfermeiros especialistas em SMP do serviço e também por outros técnicos, terapeuta ocupacional e psicomotricista.

A intervenção, que recorre frequentemente a mediadores expressivos, decorre em contexto de grupo terapêutico.

Semanalmente há uma sessão dedicada ao relaxamento, em que participa todo o grupo de indivíduos internados no serviço. Esta intervenção tem como objetivo promover o autoconhecimento e a aquisição estratégias de relaxamento.

Uma destas sessões foi realizada de uma forma um pouco diferente. Optou-se por aliar a música ao relaxamento. Com o objetivo de que os utentes identificassem uma estratégia de relaxamento a utilizar de forma autónoma, propôs-se que, à vez, cada um indicasse uma música que identificasse como sendo relaxante para si. Todo o grupo ouvia a música e de seguida o elemento que a havia sugerido, falava sobre as sensações que a música lhe provoca e em que momentos a costuma ouvir. O restante grupo é também convidado a expressar que tipo de sensação a música em questão lhe provoca. No final foi criada uma lista com as músicas indicadas pelos elementos do grupo. Surgiram vários tipos de música, desde músicas mais calmas como baladas, a músicas mais agitadas como *heavy metal*.

Esta intervenção aconteceu no final da primeira semana de internamento de Débora que escolheu um rap, de um grupo brasileiro, numa alusão às suas referências do Brasil. A música escolhida é uma música de intervenção que fala da realidade da periferia de uma grande cidade. Roubo, consumo e tráfico de droga e violência são temas presentes. A adolescente diz que esta é para si uma música relaxante por ser de *“um grupo que eu gosto muito”*, e porque *“é uma música realista”* (sic). Diz ser este tipo de música que ouve em momentos de maior ansiedade, em que se sente mais tensa. Relativamente às músicas escolhidas pelos restantes elementos, não faz qualquer comentário, mantendo-se o tempo todo com uma atitude observadora.

No início da terceira semana de internamento teve lugar a intervenção “O meu brasão”. Nesta atividade foi solicitado que, recorrendo ao desenho, cada participante criasse o seu brasão pessoal. Cada um deveria refletir um pouco acerca de si mesmo, identificando as suas características individuais e posteriormente representá-las no seu brasão. O formato do desenho era livre. A cada elemento foi disponibilizado uma folha A3, canetas de feltro e lápis de cor.

Débora elaborou o seu brasão conforme se pode ver na figura 1. Durante o decorrer da atividade terapêutica empenhou-se na execução do que lhe havia sido pedido. Manteve-se focada no seu trabalho, empenhou-se em o elaborar e terminar. Realizou o desenho num canto da folha, que posteriormente rasgou, tornando-a bastante mais pequena, cerca de 15cm x 15cm.



Figura 5 - "O meu Brasão"

Na descrição que Débora faz do trabalho que elaborou, ainda que parca em palavras, diz que colocou a letra “D” no centro *“que representa eu, o meu nome”* (sic). As listas de cores *“representam coisas que eu gosto e coisas em que eu acredito”* (sic). *“Reggae music”* o tipo de música que mais gosta. *“Respect”* um valor que defende; *“respeito uns pelos outros”* (sic).

Esta descrição acontece ainda em contexto de grupo. Débora escuta atentamente as intervenções de cada um dos outros participantes do grupo sem, no entanto, interagir com estes ou fazer qualquer outro comentário.

No final desta terceira semana, decorreu uma outra atividade terapêutica denominada “Os meus dragões”, em que se objetiva trabalhar os medos de cada um dos participantes.

Nesta atividade foi solicitado que cada um dos participantes identificasse os diferentes papéis que desempenha na sua vida. Houve lugar à clarificação do conceito de *papel*. Na segunda etapa da atividade pretendia-se que cada um, individualmente, identificasse os medos que tem, associados a cada um dos papéis que identifica. Cada medo seria representado por um Dragão.

Para a elaboração do trabalho foi fornecido a cada um dos elementos do grupo uma folha A3. Foram, também, disponibilizados “dragões”, pequenas imagens que poderiam colar no seu trabalho, cola e canetas.

Débora demorou algum tempo a iniciar a elaboração do que lhe era pedido. Apresentava fâcias apreensivo. Precisou de incentivo para que desse início ao trabalho pedido.

Após incentivo, iniciou a elaboração do trabalho solicitado. Utilizando a caneta desenha a forma de uma casa, que ocupa a quase totalidade da folha A3 que lhe havia sido disponibilizada, conforme se pode ver na figura 2.

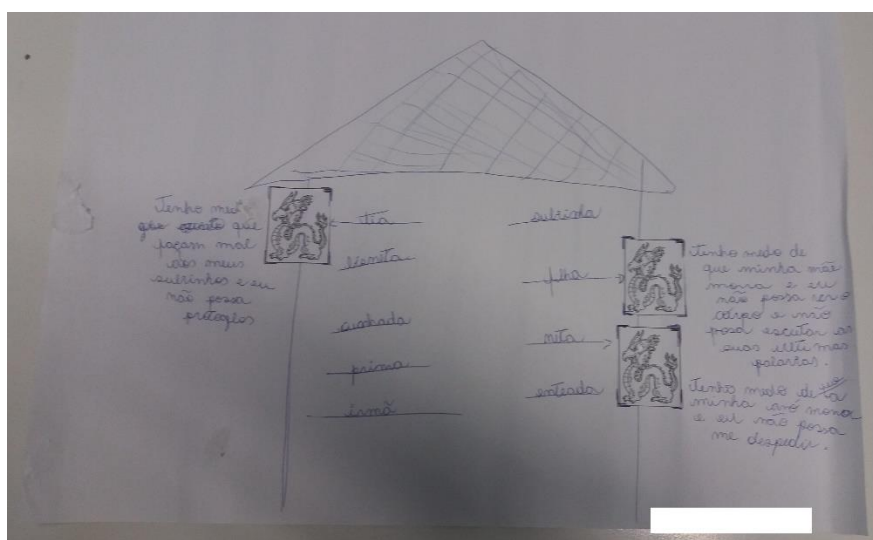


Figura 6 - "Os meus Dragões"

Débora identifica como papéis que desempenha os papéis de “tia”, “sobrinha”, “bisneta”, “filha”, “cunhada”, “neta”, “prima”, “irmã” e “enteada”. Sabendo que não tem irmãos questiono o porquê dos papéis de “tia” e “cunhada”. Responde dizendo que se refere à família com quem coabitou. Aqui fica, mais uma vez, evidente a existência de fortes laços que a adolescente tem a esta família.

Quanto aos medos que identifica escreve, *“tenho medo que façam mal aos meus sobrinhos e eu não possa protegê-los”, “tenho medo de que minha mãe morra e eu não possa ver o corpo e não possa escutar as suas últimas palavras” e “tenho medo de que a minha avó morra e eu não possa me despedir”* (sic).

Após todos os participantes terminarem as suas produções há lugar à apresentação de cada um dos seus trabalhos.

Durante a apresentação do seu trabalho, Débora fala das saudades que sente da família que ficou no país de origem, com a qual mantém contato telefónico esporádico. Fala também de forma afetuosa acerca da mãe e do medo que tem de a perder.

A perda e a separação são temas recorrentes nas suas verbalizações. Na sua história pessoal, tem sido frequente a existência de momentos de separação e de momentos de perda. Assim, considera-se importante que em futuras intervenções a realizar com Débora estes sejam temas a abordar.

No final da quarta semana de internamento realizou-se reavaliação do plano de cuidados que se havia elaborado.

## 8 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem: Atividades	Avaliação
<b>Data: 21/01/2017</b>  <b>Interação social prejudicada r/c dissonância sociocultural m/p recusa de interação social, recusa escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Que se sinta confortável em situações de interação social</li> <li>– Aumento da socialização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas</li> <li>– Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos</li> <li>– Encorajar atividades sociais</li> <li>– Solicitar e ter expectativas de comunicação verbal</li> <li>– Encorajar o envolvimento e planeamento de futuras atividades</li> <li>– Oferecer feedback sobre melhoria de cuidados com a aparência e outras atividades</li> </ul>	<b>Data: 07/02/2017</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>– Socializa com os pares</li> <li>– Não manifesta interesse em estabelecer novas relações sociais após a alta</li> </ul>



Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem: Atividades	Avaliação
<p><b>Data: 21/01/2017</b></p> <p><b>Risco de uso de substâncias psicoativas r/c história de consumos atual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Que não recaia no uso de substâncias psicoativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelecer relação de confiança</li> <li>– Determinar a história do uso de substância;</li> <li>– Discutir qual o papel que a substância desempenhava na sua vida;</li> <li>– Auxiliar a identificar os efeitos negativos do uso de substância psicoativa sobre a saúde, família e funcionamento diário;</li> </ul>	<p><b>Data: 07/02/2017</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantém conversas sobre consumo de SPA com os pares;</li> <li>– Mantém-se risco de uso de SPA após a alta.</li> </ul>

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem: Atividades	Avaliação
<b>Data: 21/01/2017</b>  <b>Risco de falta de adesão à terapêutica r/c anterior recusa m/p comportamento indicativo de falta de adesão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Que cumpra regime terapêutico</li> <li>– Que entenda a importância de cumprir regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar a utente e a família sobre o propósito do medicamento</li> <li>– Monitorizar o efeito terapêutico do medicamento no paciente</li> <li>– Monitorizar efeitos adversos do medicamento</li> <li>– Ensinar a utente e à família a ação esperada e os efeitos secundários da medicação</li> <li>– Informar a utente e a família sobre as consequências de não cumprir a terapêutica</li> <li>– Reforçar positivamente a adesão à terapêutica</li> </ul>	<b>Data: 07/02/2017</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cumpre terapêutica farmacológica</li> </ul>

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem: Atividades	Indicadores de Avaliação
<b>Data: 21/01/2017</b>  <b>Risco de suicídio r/c história de tentativa de suicídio anterior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Que não coloque em risco a sua segurança</li> <li>– Que não apresente ideação suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelecer relação interpessoal e de confiança com a utente</li> <li>– Manter um ambiente seguro e livre de potenciais riscos</li> <li>– Iniciar precauções contra o suicídio (observação continua)</li> <li>– Manter o levantamento regular de risco de suicídio (diário)</li> <li>– Oferecer conforto e segurança</li> <li>– Facilitar apoio à utente e à família</li> <li>– Observar, registar e relatar todas as mudanças de humor ou comportamento capazes de significar aumento de risco de suicídio</li> <li>– Explicar as precauções contra o suicídio e as questões relevantes de segurança a utente e família</li> <li>– Envolver a família no planeamento da alta.</li> </ul>	<b>Data: 07/02/2017</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sem aparente ou expressa ideação suicida</li> </ul>

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem: Atividades	Avaliação
<b>Data: 21/01/2017</b>  <b>Processos familiares disfuncionais r/c dinâmicas familiares perturbadas m/p relação mãe-filha tensa</b>	– Que o processo familiar seja ajustado	– Promover a integridade familiar – Monitorizar as atuais relações familiares – Auxiliar a família na solução de conflitos – Ajudar a família a manter relações positivas – Facilitar a abertura das comunicações entre os membros da família – Dizer aos membros da família que é seguro e aceitável o uso de expressões típicas de afeto	<b>Data: 07/02/2017</b>  – As visitas da mãe decorrem de forma tranquila, quer dentro do serviço, quer aquando de ida ao exterior – Observam-se manifestações de afeto entre os membros da família

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-56-9.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*, Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-8449-86-0.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév. ISBN 978-989-96401-0-8.
- Fleming, M. (2010). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer. Psicologia da Adolescência*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 978-972-36-0769-7.
- Garcez, R. (2013). *NANDA International – Diagnosticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*. São Paulo: Artemed Editora, Lda. ISBN: 978-85-65852-31-9.
- Matos, A. C. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-324-9.
- McCloskey, J. & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, (3ª ed.) São Paulo: Artmed editora, S.A. ISBN: 85-7307-819-7.
- Medeiros, T. (2015). *Adolescência: desafios e riscos*. 2ª ed.. Ponta Delgada: Letras Lavadas. ISBN 978-989-735-027-6.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, Vol 2(2), pp. 49-65.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, ISBN 978-0-8261-0534-9.
- Moorhead, S., Johnson, M. & Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (3ª Ed.). São Paulo: Artmed Editora SA.

- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-14-2.
- Pereira, L. T. K., Godoy, D. M. A. & Terçariol, D. (2009). Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica. *Universidade do Sul de Santa Catarina, Universidade do Estado de Santa Catarina e Universidade do Vale do Itajaí* pp. 422-429. Consultado em 08/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a13.pdf>
- Sanches, M., Marques A. P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R. & Tamai, S. (2005). O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2005/50\\_1/vlm50\\_n1\\_4.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2005/50_1/vlm50_n1_4.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (2016). Disponível em: <http://arte-terapia.com/>. Acedido em 06/07/2016.
- Takata, Y. (2002). Supporting by a nurse teacher in a school infirmar using collage therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, (56), 371-379
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Ed.) Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Valladares, A. & Novato, A. (2006). Aspectos transformadores da construção em arteterapia com adolescentes. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 3(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v3i1.71>
- Volpato, A., Heloisa, C., Zimmermann, H. & Kessler, F. (2004). Rotina de Avaliação do Estado Mental. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20%20do%20estado%20Me>

## **APÊNDICE 8**

Jornal de Aprendizagem

## INTRODUÇÃO

Este jornal de aprendizagem surge enquadrado no Estágio no serviço de internamento de pedopsiquiatria, que realizo no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A reflexão sobre a prática é entendida, por diversos autores, como sendo um elemento essencial ao desenvolvimento profissional. Abreu (2007, p. 191) suporta-se em Johns (1993, 2000) para falar da prática reflexiva, que é descrita pelo autor como sendo “um modelo cognitivo de resolução de problemas, que interroga a visão da prática imediata e a reflexão sobre a realidade”.

A elaboração de um jornal de aprendizagem deverá ser um momento privilegiado em que, de forma estruturada, o estudante reflete acerca da sua prática no contexto de estágio. Pretende-se que seja feita a descrição de uma situação que tenha ocorrido no contexto do local de estágio e realize uma reflexão acerca da mesma. Na reflexão deverão ser apontados os aspetos que considere serem positivos e os que considere ser menos positivos. Este exercício auxilia o estudante a tomar consciência de quais os aspetos da sua prática que deverá mudar e quais aspetos deverá melhorar.

O presente jornal de aprendizagem pretende ser um exercício de reflexão da minha prática enquanto enfermeira no local de estágio acima referido. Objetiva, portanto, ser um contribuindo para o meu desenvolvimento profissional neste percurso com vista à aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Para a realização deste jornal de aprendizagem, irei recorrer ao modelo do Ciclo Reflexivo de Gibbs, que se organiza nas diferentes etapas de descrição da situação, descrição do que o interveniente sente e pensa no momento da ação, avaliação de toda a ação, análise da situação, conclusão e agenda (plano para o futuro).



## **JORNAL DE APRENDIZAGEM**

O serviço de internamento de pedopsiquiatria trouxe novos desafios, novas dificuldades. Um contexto bastante distinto do contexto em que anteriormente se desenvolveu o estágio. Neste serviço existem regras e rotinas diferentes do ambiente de ambulatório. O dia dos utentes é estruturado com horários para a realização de intervenções terapêuticas tendo em conta os horários das rotinas diárias de sono, higiene pessoal, alimentação e também tempo reservado para atividades recreativas.

Um dos desafios que, desde o primeiro dia, se apresentaram neste estágio, foi referente aos tempos livres, isto é, todos os momentos ao longo do dia, em que não estão a decorrer atividades terapêuticas, nem refeições, nem atividades inerentes ao autocuidado, ou qualquer outra atividade como por exemplo um momento individual com um técnico da equipa multidisciplinar.

Durante estes momentos os utentes permanecem sempre acompanhados por técnicos do serviço. São ocasiões em que também estou presente. Nestas alturas ocupam-se com atividades recreativas. Alguns têm iniciativa para este tipo de atividades, outros necessitam de incentivo por parte dos técnicos.

Desde logo se percebeu a necessidade de adequar as atividades propostas aos interesses de cada um dos presentes, o que nem sempre se revelou fácil. O grupo era heterogéneo no que se refere à idade (dos 11 aos 17 anos), composto por indivíduos de ambos os sexos que tinham diferentes interesses como pintura, jogos de tabuleiro, jogos de cartas, escrita, música e televisão.

Uma das dificuldades que logo foi identificada prendeu-se com conseguir motivar alguns dos utentes para atividades recreativas. Uma adolescente em particular apresentava-se-me como um grande desafio. Não aderiu a qualquer atividade proposta, fosse jogo de tabuleiro, pintura, jogo de cartas, elaboração de esculturas em gesso, todas elas atividades bastante apreciadas pelos adolescentes internados no serviço.

A adolescente em questão, de seu nome Mariana, mostrava grande apreço pela atividade de escrita. Gosta de escrever poemas. Poemas estes que raramente

permitia que outras pessoas pudessem ler. Apenas permitia que alguns técnicos do serviço tivessem acesso ao que escrevia. Tendo notado que isso era permitido a técnicos com que a adolescente havia desenvolvido uma relação de confiança, entendeu-se então ser necessário conseguir estabelecer uma relação de confiança com Mariana, para que fosse possível desenvolver qualquer tipo de intervenção, quer de cariz recreativo, quer de cariz terapêutico. Esta revelou-se uma tarefa difícil, pois Mariana rejeitava qualquer tipo de intervenção. Pouco se relacionava com os técnicos, apenas se relacionava com alguns pares e mostrava-se renitente ao contato com pessoas que ainda não conhecia. Eu era uma pessoa nova no serviço.

Esta é uma adolescente centrada nas suas dificuldades, nas suas angústias, que se mantinha a maior parte do tempo isolada do grupo. Havia a necessidade de estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz com Mariana, mas esta tarefa mostrava-se difícil. Definida como sendo um conjunto de “técnicas verbais e não-verbais do cuidador que se foca nas necessidades do individuo a quem é prestado o cuidado e que aceleram a promoção da cura e de mudanças” (Townsend, 2011, p. 138), a comunicação terapêutica é essencial a que se estabeleça e se desenvolva a relação terapêutica.

Começou-se por observar o seu comportamento, o tipo de atividades a que acedia realizar. Percebendo que aderiria a um jogo de tabuleiro em específico (Monopoly) e que este era frequentemente jogado pelos utentes, pareceu que havia nesta atividade uma possibilidade de estabelecer um contato mais próximo com Mariana. Assim, passou a ser mais frequente convidar a adolescente para que se juntasse ao grupo. Algumas vezes declinou o convite, outras aceitou. Nas vezes em que aceitou juntar-se ao jogo, o diálogo entre o grupo foi conduzido de forma a que, os temas que surgissem se relacionassem com assuntos do interesse dos intervenientes e tentando, sempre, incluir todos os elementos presentes no diálogo.

A frequência com que aceitava o convite a participar numa qualquer atividade proposta foi aumentando e as atividades sendo mais variadas, como jogos de cartas, pintura ou jogos de tabuleiro junto com outros utentes e técnicos. Mantinha momentos em que preferia não se envolver em atividades de grupo, ficando a ver televisão ou escrevendo os seus poemas.

Mostrei interesse em ler o que escrevia, o que foi sendo negado. A decisão de Mariana foi respeitada, no entanto sentindo alguma frustração. Sabia-se, pelo que se conversava com a equipa de enfermagem do serviço, que nos seus poemas a adolescente falava das suas preocupações e angústias. Por este motivo, conseguir aceder ao conteúdo destes poemas seria mais uma forma de aceder ao seu universo, uma vez que Mariana não verbalizava nada que fosse relacionado a estes temas. Continuou-se a procurar criar uma relação de confiança com Mariana recorrendo à utilização de mediadores.

O estágio ia já a meio quando, vendo Mariana empenhada na escrita, se mostrou uma vez mais interesse pelo que fazia. Desta vez, espontaneamente, explica o que está a fazer e questiona, “*quer ler?*” (sic). Havia-se conseguido desenvolver uma relação de confiança com Mariana, necessária para que se sentisse segura em me mostrar alguns dos seus poemas.

Oferecendo o seu caderno, indicou quais as páginas que eu poderiam ser lidas. Ainda não permitia aceder a todo o conteúdo dos seus poemas. Respeitando as suas indicações, li os poemas que Mariana permitiu. Estes eram poemas que haviam resultado de títulos que uma das enfermeiras do serviço lhe havia proposto. O seu conteúdo refletia as preocupações e angústias de Mariana, apesar de os títulos que lhe haviam sido dados não apontassem (a meu ver) para essas temáticas. Questionada sobre o porquê dos títulos, disse “*é um desafio que a enfermeira me deu*” (sic). Diz ter gostado do desafio, apesar de lhe ter sido difícil respeitar os temas que lhe haviam sido propostos.

Aproveitando o momento que se tinha proporcionado e uma vez que identificava como sendo importante e pertinente a utilização da escrita na intervenção com esta adolescente decidiu-se propor-lhe um novo desafio. Mariana aceitou, ainda que ficando um pouco apreensiva, dizia “*não me faça uma coisa difícil!*” (sic). Escreveria um novo título, a partir do qual redigiria um novo poema.

Escreveu-se o título, “*Gosto em mim...*”, com o objetivo de promoção do autoconhecimento. Quando olhou para o título não se sentiu confortável com o mesmo, manifestou-o dizendo que era um tema difícil. Foi incentivada a que realizasse o exercício que se lhe propunha e que ela mesma havia aceitado.

Mariana fez o poema em pouco tempo. Foi colocando várias questões como quantas quadras se queria que ela fizesse, se tinha mesmo de fazer o poema. Foi-se incentivando a que levasse o desafio até ao fim e reforçando que o objetivo desta atividade seria que refletisse acerca de si mesma e não havia limite de tempo definido. O formato do poema seria a seu critério.

Mostrou o que tinha feito, questionando de imediato qual a opinião acerca do mesmo. Leu-se o poema. Quatro quadras, as três primeiras que falavam de “coisas” que as outras pessoas lhe diziam que gostavam em si. A última quadra falava acerca do que Mariana não gosta em si, sendo contrário ao que lhe havia sido pedido que refletisse.

Neste momento era necessário tomar uma decisão, entre o respeitar o que a adolescente havia elaborado ou insistir para que reformulasse a última quadra e refletisse um pouco mais acerca do que lhe estava a ser pedido.

Por, naquele momento, considerar importante que Mariana dedicasse algum tempo a refletir acerca de si mesma e sobre temáticas diferentes daquelas sobre as quais habitualmente escrevia, optou-se por pedir que reformulasse a última quadra. Reforçando a importância de que Mariana refletisse acerca de características suas que considere positivas.

Sabia que este seria um exercício difícil para si, mas neste momento apercebo-me que lhe é mais difícil do que havia considerado. O que me leva a questionar se terá sido a melhor opção. Estaria a pedir a esta adolescente algo para além daquilo para que estaria preparada no momento? Pedir que refletisse acerca de características suas que considere positivas, não trará maior angústia a Mariana pela sua dificuldade em as identificar? Seria o mais indicado numa perspetiva terapêutica?

Quando se insiste para que reflita um pouco mais e reformule a última quadra, que deve pensar em si, nas suas características que mais gosta, responde dizendo “*mas eu não tenho nada que goste*” (sic). Esta resposta fez questionar ainda mais se deveria continuar a insistir. Em vez disso passa-se a tentar ajudar Mariana a fazer esta reflexão, o que continua a mostrar-se como sendo muito difícil para a adolescente.

Após o diálogo escreve uma última quadra em que fala acerca desta sua dificuldade de identificar características suas que goste. Termina escrevendo que não sabe o que gosta em si, mas que se as outras pessoas gostavam dela era porque algo de bom haveria de ter.

Desenvolver esta intervenção com Mariana, foi o culminar de um trabalho ao longo, de vários dias, semanas, no desenvolvimento de uma relação de confiança com a adolescente. Penso ter conseguido atingir o objetivo e ter estabelecido uma comunicação terapêutica com Mariana. A utilização de mediadores como o jogo teve um papel preponderante no processo de desenvolvimento da relação terapêutica com esta adolescente

Schmidt (2014, p. 19) suportando-se em Morais (2001) afirma que brincar “contribui de forma bastante efetiva para o relacionamento social das crianças, pois brincando elas interagem entre si, aprendem a importância da negociação e da divisão, convivem com regras, argumentam para a resolução de conflitos que surgem, entre outros”. Transpondo este ensinamento para a utilização de mediadores como o jogo, neste contexto, pode-se dizer que este assume a mesma função que o brincar tem para a criança. O desenvolvimento de competências sociais é, igualmente, referido por Yalom (2005) como um dos fatores terapêuticos do grupo. Na situação aqui abordada, o jogo teve um importante papel também para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a enfermeira (eu) e a adolescente (Mariana).

Relativamente à atividade descrita, tendo sido esta uma desenvolvida em contexto de atividade recreativa, ainda que indo de encontro aos interesses da adolescente, talvez tivesse sido mais adequado desenvolver esta atividade num outro *setting*. Num ambiente de maior privacidade poderia haver lugar a uma intervenção mais estruturada e a possibilidade de desenvolver um diálogo mais aprofundado.

Por outro lado o facto de se encontrar num ambiente que, para a adolescente, não está associado à intervenção terapêutica, pode ter contribuído para que Mariana tivesse uma melhor adesão a esta intervenção. Este é um ambiente associado a

atividades de recreação, um ambiente informal, em que os adolescentes se sentem em segurança e sem o “peso” que a formalidade dos momentos de atividades terapêuticas assumem.

Futuramente será importante fazer uma distinção mais consciente entre as atividades a realizar em ambiente terapêutico e as atividades a realizar em ambiente recreativo. Numa situação semelhante ao caso em questão, no momento em que surgiu a necessidade de falar sobre o que estava a ser realizado, dever-se-á procurar um local mais reservado e que garanta o ambiente e a privacidade indispensáveis ao processo terapêutico.

Fica mais uma vez evidente a pertinência da utilização de mediadores expressivos na realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, bem como no desenvolver da relação terapêutica entre o profissional de saúde e o adolescente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico : fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Henriques, T. (2011). *O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequeninos*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Rogers, C. R. (1976). *Grupos de Encontro*. (4ª Ed.) Lisboa: Moraes Editores.
- Schmidt, M. & Nunes, M. (2014). O Brincar como Método Terapêutico na Prática Psicanalítica: Uma Revisão Teórica, *Revista de Psicologia da IMED*. 6(1), 18-24. Consultado em 10-03-2017. Disponível em: <file:///C:/Users/S%C3%B3nia/Downloads/Dialnet-PlayingAsATherapeuticMethod-5154961.pdf>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Ed.) Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 978-972-8930-61-5.

## **APÊNDICE 9**

Reflexões Escritas



## **Reflexão Nº 1**

Contexto: Hospital de Dia

### **Primeiro contacto com o grupo terapêutico**

Esta reflexão refere-se ao primeiro dia de estágio. Estágio, este esquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Pretendo com este estágio adquirir competências na gestão de grupos terapêuticos com adolescentes e desenvolver competências enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Neste primeiro dia de contato com o grupo terapêutico para adolescentes, os sentimentos eram de expectativa e curiosidade. Expectativa relativamente às novas aprendizagens que este me poderá trazer. Curiosidade relativamente à dinâmica do grupo, a cada um dos adolescentes que o constituem, as suas características, que tipo de problemática os teria levado a serem seguidos em hospital de dia, como se relacionariam entre si, como se relacionariam com os técnicos. Curiosidade relativamente a que tipo de técnicas se utilizariam naquele espaço e que tipo de vivências resultarão desta experiência.

O grupo tem início, verifico que hoje estarão presentes dois jovens, o Gonçalo e o Marco. Estarão, também presentes o enfermeiro do serviço que será o dinamizador do grupo, eu e uma médica interna de psiquiatria.

Questiono-me neste momento, que tipo de atividade será possível realizar com os elementos presentes. Que tipo de resultados se poderá retirar. Questiono-me, igualmente, se será adequado estarem na sala três técnicos e apenas dois jovens. Como se poderá transformar isso em algo positivo e produtivo. Outra preocupação é como conseguir estabelecer uma relação terapêutica com ambos os jovens.

Cada um dos jovens tem uma tarefa diferente a realizar. Em comum a utilização de modelagem em gesso.

Gonçalo está a fazer uma caveira, que foi previamente pensada e desenvolvido um projeto. Na presente sessão pretende terminar a sua execução. A primeira coisa

que perceciono ao olhar para o Gonçalo é o seu fácies de zanga. Estabelece pouco contacto com o outro, tanto visual como verbalmente. Muito centrado na execução da sua tarefa. Quando lhe é proposto que o ajude, questiono-lhe o que precisa que eu faça. A resposta é tímida, tom de voz baixo e pouco perceptível. Como se fizesse um grande esforço em proferir as palavras. Não estabelece contacto visual. Sinto como se criasse uma barreira à sua volta impedindo o contato do outro consigo.

Penso que tenho de arranjar alguma forma de interagir mais com o Gonçalo, mas sinto dificuldade em o fazer.

A sessão prossegue.

Marco está a fazer um molde da sua mão em gesso, com a ajuda dos outros técnicos. É mais conversador, interage mais com os técnicos. Tem uma postura aparentemente mais descontraída.

Enquanto decorre a atividade o enfermeiro vai conversando de forma descontraída com ambos. Reparo que há intencionalidade nas perguntas e comentários que faz. A observação deste diálogo ajuda-me a conhecer um pouco mais de cada um dos adolescentes.

Marco, apesar de mais conversador, enquanto lhe está a ser colocado o gesso na mão, obrigando a uma maior proximidade física com quem o ajuda, parece um pouco mais retraído, mais tenso. Na conversação utiliza respostas diretas. Após lhe ser retirado o gesso e ter “recuperado” o seu “espaço pessoal”, fica mais descontraído, desenvolve mais as suas respostas, estabelece um diálogo. Volta a ficar tenso quando lhe é pedido que escreva características que pensa lhe serem atribuídas pelas outras pessoas.

Gonçalo mostra-se sempre muito focado na tarefa. Estabelece raros contactos visuais com o enfermeiro. Responde às questões que lhe vão sendo colocadas com frases curtas, não desenvolve os temas mesmo quando estimulado a falar dos seus interesses. Ocasionalmente, vou-o questionando sobre que tipo de ajuda necessita da minha parte, voluntario-me para segurar peças da caveira por forma a facilitar a sua construção. Começa por recusar, mas acaba por aceitar. Sempre com respostas curtas e sem estabelecer qualquer contacto visual. Continuo a sentir imensa dificuldade no contato com o Gonçalo.

Um dado que parece importante é, em momento algum ter havido interação espontânea e direta entre o Gonçalo e Marco. Existiu apenas um momento de alguma interação entre os adolescentes, que foi estimulado a que acontecesse.

Durante toda a sessão houve dificuldade em interagir com o grupo. Para isso terá contribuído o facto de não conhecer nada relativamente aos elementos. Não ter ainda muito bem definido que tipo de intervenção poderia ter no grupo, por ser um elemento externo ao grupo e que pela primeira vez estava no grupo, foi também um fator importante.

Foi sentida dificuldade em ultrapassar uma barreira comunicacional, que questiono se terá sido imposta mais pelo grupo e pelas suas características, ou mais pela dificuldade pessoal em iniciar conversa com o grupo. Ao longo da sessão houve a preocupação em arranjar uma forma de ultrapassar esta barreira, contudo sem se conseguir encontrar uma estratégia. Nas próximas sessões terá de haver maior investimento em estabelecer comunicação com os elementos do grupo, em desenvolver estratégias para interagir com o grupo.

## Reflexão Nº2

Contexto: Hospital de Dia

Hoje temos um grupo diferente do que tivemos no primeiro contato. Além de Gonçalo estão também presentes Artur e Anabela. Um grupo maior possibilita um maior leque de possibilidades, foi o pensamento que surgiu.

Artur, 16 anos, é um rapaz tímido, que responde quando interpelado, embora utilize respostas curtas e fechadas, algo com que me começo a familiarizar.

Anabela, 13 anos, chega em seguida, uma menina que me parece tímida, insegura. Assume uma postura de “enrolada” sobre si mesma, cabelo caído para a frente, olhar dirigido para o chão. Responde muito timidamente quando interpelada, com tom de voz muito baixo, respostas curtas e fechadas.

Aparentemente já todos se conhecem, esta não será a primeira vez que estão em situação de grupo, no mesmo grupo. Cada um tem em mãos uma tarefa diferente. Gonçalo termina o seu projeto da caveira. Artur está a terminar uma máscara em gesso, está na fase de pintura. Anabela está a fazer uma lata de refrigerante que deve decorar a seu gosto e rotular. No rótulo iram estar os ingredientes do conteúdo da lata. Os ingredientes correspondem ao seu sentir, características suas, identificadas pela própria. Tem também de dar um nome à sua “bebida”. Surge um interesse e curiosidade relativamente a Alexandra e uma necessidade em a conhecer mais.

Ajudando o Gonçalo com a caveira e conversa-se com ele, tentando perceber como tem estado desde a última sessão. Hoje parece mais comunicativo. É mais fácil o contacto.

Tenta-se dialogar, também com Anabela que, apesar da sua timidez, vai respondendo. Utiliza poucas palavras. Parece que por vezes utiliza o contacto visual na esperança de que entendamos o que tem a dizer e que com isso não precise falar. Como se procurasse que nós dessemos a resposta por ela.

O movimento para a interação tem que partir de nós com todos estes adolescentes. O desafio será esse. Conseguir chegar até cada um deles, respeitando cada um com as suas características individuais, os seus limites, os seus problemas. Descobrir as suas potencialidades e promover o seu desenvolvimento.

A preocupação continua a ser como conseguir estabelecer comunicação com cada um dos elementos do grupo. É preciso trabalhar mais as questões relativas à comunicação, à relação terapêutica. É necessário conseguir ser mais interativa com o grupo. Encontrar forma de o fazer, mas sem que esta tensão e as preocupações pessoais passem para o grupo.

Talvez toda esta dificuldade seja reflexo de toda a tensão, da preocupação em conseguir ter um bom desempenho, da minha insegurança. Este é um contexto bastante diferente do que já conhecemos. Uma faixa etária bastante diferente, com problemáticas diferentes, com necessidades diferentes e um modo de intervenção também completamente diferentes. Por tudo isto esta adaptação a este novo contexto não está a ser muito fácil. No entanto o desafio continua a ser interessante e a despertar em a vontade de continuar a melhorar o desempenho. Continuar a descobrir cada um dos adolescentes inseridos nos grupos. Descobrir novas formas de intervenção, atividades que possam ser desenvolvidas e os resultados daí obtidos.

## **Reflexão Nº 3**

Contexto: Internamento de pedopsiquiatria

Atividade terapêutica: Os meus Dragões

Esta atividade foi desenvolvida num serviço de internamento com 16 utentes. A atividade foi planeada de forma a ser realizada por metade do grupo de cada vez, em articulação com atividade desenvolvida por outro técnico do serviço.

A sala escolhida para desenvolver a intervenção foi a sala multimédia por ter mesas de tamanho suficiente para o tamanho do grupo, 8 elementos. É uma sala pequena com a possibilidade de colocação de música, que possibilita a criação de um ambiente calmo e acolhedor, essencial ao desenvolver da intervenção.

Iniciou-se cada atividade com o esclarecimento do conceito de papel, que tipos de papel cada um desempenha nas diferentes áreas como família, escola, amigos, internamento. Pediu-se que cada um criasse uma área para cada papel identificado por si, na folha que lhe havia sido fornecida.

Cada elemento criou o espaço de forma livre. Alguns elementos utilizaram formas geométricas como o triângulo ou o círculo. Outros utilizaram formas como Júlia, 17 anos, que desenhou nuvens ou Mariana, 13 anos, que desenhou corações. Marcelo, 11 anos, representou cada papel com diferentes formas irregulares e fechadas. Aurora, 12 anos utilizou o desenho de uma árvore. Ariana, 16 anos, utilizou um grande círculo que dividiu em diferentes partes com linhas retas. Dalila, 14 anos um retângulo que dividiu na vertical em duas partes iguais, uma destas partes – a mais a esquerda, dividiu com linhas horizontais e em cada um dos espaços o papel referente. Débora, 14 anos, desenhou uma casa e dentro dela colocou os diferentes papéis que desempenha na família.

Foram identificados o papel de filho, irmão, neto, amigo, aluno, doente, desportista. Uma vez definidos os diferentes papéis que cada um identifica desempenhar, solicitou-se que identificassem os dragões (medos) associados a

cada papel. Para que isso acontecesse foi dado tempo para a reflexão e execução do que havia sido pedido.

No final foi criado espaço para apresentação, partilha e discussão dos dragões identificados. Foi comum a vários elementos medos relacionados a perdas de familiares e amigos, medo de fracasso como aluno, como desportista, como pessoa, como amigo. Relativamente a perdas de familiares surgem frases como “tenho medo de perder os meus pais” sic (Aurora), “tenho medo de perder a minha avó” sic (Débora), “tenho medo que os meus pais e a minha irmã morram e eu depois fico sem eles” sic (Júlia). Marta, 13 anos, refere “tenho medo de perder os meus amigos, por estar aqui” sic.

No que se refere à escola surgem frases como “tenho medo de chumbar” sic (Isabel, 13 anos), ainda a mesma adolescente refere “medo de quando voltar o que vou dizer as pessoas” sic, referindo-se ao motivo de internamento e medo do estigma de que possa vir a sofrer. Dalila refere “tenho medo por não ser boa aluna” sic e por isso “não conseguir” sic acabar o curso. Júlia diz ter medo “de não conseguir voltar a fazer o meu desporto como antes” sic. e “tenho medo de fracassar como pessoa” sic.

Criou-se espaço para a reflexão acerca de cada um dos temas emergentes. Algumas participantes não quiseram partilhar os medos que identificaram. A sua decisão foi respeitada e ofereceu-se a possibilidade de o fazerem em momento individual com um técnico. Todas o recusaram.

Pensar e confrontar-se com os seus medos é um exercício difícil para todos os adolescentes presentes. Questionados acerca da atividade foi unanime a referencia a esta dificuldade. Apontam como positivo a oportunidade de refletir acerca dos seus medos.

Nesta intervenção, enquanto terapeuta conseguiu-se manter ambos os grupos organizados e concentrados no que lhe estava a ser pedido. Foi difícil gerir o facto de em um dos grupos haver vários elementos que não quiseram fazer qualquer participação oral. Ainda que questionando se estaria a conseguir motivar todos os elementos do grupo para a atividade, entende-se ser essencial o respeito pela individualidade de cada um dos participantes.

Como ponto positivo fica o facto de estes elementos terem desenvolvido todas as tarefas que foram pedidas. Íris, que na atividade anterior não havia feito qualquer produção ou participação oral, nesta atividade, apesar de não partilhar, elaborou o seu trabalho. Isto serve de indicador de que aderiu à intervenção e refletiu acerca do que estava a ser abordado.

Surge a necessidade de desenvolver o sentido de grupo, isto é, conseguir manter o foco no grupo, evitar o direccionar demasiado a atenção a apenas um dos elementos do grupo em determinados momentos. Essencial chamar todo o grupo para a discussão em curso, evitando que se torne numa situação dual.

A divisão do grupo em dois grupos foi benéfico, facilitou a gestão de cada um dos grupos e possibilitou a criação de um ambiente mais calmo e acolhedor, beneficiando a reflexão individual e de grupo.

É necessária maior reflexão acerca dos temas que surgiram no grupo. Para intervenção futura fica a necessidade de trabalhar com o grupo as questões relacionadas às perdas, ao luto, ao fracasso/ sucesso.